



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Espectro do Autismo na APPDA-Lisboa

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco e Melo

Júri:

Presidente: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco e Melo

Professora Doutora Elisabete Alexandra Pinheiro Monteiro

Sara Carina Fernandes Teixeira

2014

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi possível graças ao contributo, direto e indireto, de várias pessoas. A todos os que ajudaram para que este trabalho se tornasse realidade apresento o meu maior reconhecimento pela sua valiosa colaboração.

À Professora Doutora Paula Lebre pela sua orientação, apoio, conselhos e indicações essenciais ao longo do ano letivo.

À Dr^a Paula Figueiredo, ao Dr. Paulo Ferreira e ao Prof. Doutor Edgar Pereira, pelo acolhimento na APPDA-Lisboa, pela atenção dispensada e pela oportunidade de realizar o projeto de dança e movimento expressivo.

A todos profissionais do CAO da APPDA-Lisboa, pelo acolhimento, disponibilidade e esclarecimentos prestados.

À equipa técnica do Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA-Lisboa, sobretudo às psicomotricistas Inês Neto, Helena Aniceto e Sara Teixeira, pela orientação, ensinamentos e apoio ao longo do presente estágio.

Às professoras de educação especial e às auxiliares das várias escolas, pela disponibilidade, partilha e apoio.

Às crianças, jovens e adultos pela oportunidade de trabalhar, relacionar e conviver, assim como pelo grande contributo a nível profissional e pessoal.

Aos meus pais, irmãos e avó materna pelo apoio, suporte e momentos de boa disposição ao longo deste percurso. E, essencialmente aos meus pais pela oportunidade de continuar a minha formação académica e assim terminar mais uma etapa tão importante.

À Anabela, Sofia, Filipa e Sara pelo companheirismo, partilha e apoio ao longo do meu percurso académico, e pelos abraços e sorrisos que me deram força nesta caminhada.

A todos o meu sincero agradecimento!

RESUMO

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, realizado na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa com crianças, jovens e adultos com Perturbação do Espectro do Autismo.

Os indivíduos com esta perturbação caracterizam-se essencialmente por dificuldades na comunicação e interação social, e ao nível dos comportamentos repetitivos e interesses restritos. A intervenção psicomotora incidiu nestas dificuldades através de atividades lúdicas de mediação corporal. A intervenção psicomotora decorreu em várias escolas de Lisboa e no centro de atividades ocupacionais da APPDA-Lisboa.

Este relatório inclui uma revisão teórica atual relativa às Perturbações do Espectro do Autismo, o enquadramento institucional e legal do estágio e a descrição de todo o processo de avaliação, intervenção e resultados de oito estudos de caso. Dois estudos de caso individuais referentes a duas crianças que frequentam o 1º ciclo com as quais foram realizadas sessões em contexto de ginásio, e um grupo de seis adultos que frequentaram as sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo, enquadradas num projeto iniciado no presente estágio, no CAO. Após intervenção foi possível constatar melhorias a nível de competências psicomotoras, comportamentais e sociais.

Palavras-chave: adultos, Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, avaliação psicomotora, crianças, dança, intervenção Psicomotora, movimento expressivo, Perturbações do Espectro do Autismo.

ABSTRACT

The present report describes the work carried out during the internship in the context of the Psychomotor Therapy's Master, Branch of Advancement of Professional Competencies, of the Human Kinetics Faculty, developed in Portuguese Association for Autism and Developmental Disorders in Lisbon with children, youth and adults with Autism Spectrum Disorder.

Individuals with this disorder are characterized mainly by difficulties in communication and social interaction, and the level of repetitive behaviors and restricted interests. The psychomotor intervention focused on the mentioned difficulties through mediation body playful activities. The psychomotor intervention took place in several schools in the center of Lisbon and in the occupational activities center in APPDA-Lisbon.

This current report includes a literature review on the Autism Spectrum Disorders, the institutional and legal framework of the stage and the description of the whole process of assessment, intervention and results of eight case studies. Two individual case studies concerning two children attending 1st cycle with which sessions were held in the context of the gym. And a group of six adults who attended the sessions of psychomotor, dance and expressive movement, under a project initiated in this stage in the CAO. After intervention was possible to see improvements in psychomotor, behavioral and social skills.

Key-words: adults, Portuguese Association for Autism and Developmental Disorders, Autism Spectrum Disorder, children, dance, expressive movement, psychomotor assessment, psychomotor intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABA** – Applied Behaviour Analysis
- APPDA** – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo
- CAO** – Centro de Apoio Ocupacional
- CEI** – Currículo Específico Individual
- CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CRI** – Centro de Recurso para a Inclusão
- DID** – Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental
- DIR** – Developmental, Individual Difference, Relationship-Based Model
- DL** – Decreto-Lei
- DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- GOPPC** – Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental
- LMA** – Laban Movement Analysis
- LOFPOT** – The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy
- NEE** – Necessidades Educativas Especiais
- PBS** – Family-Centred Positive Behaviour Support Programs
- PDI** – Perturbação Desintegrativa da Infância
- PEA** – Perturbação do Espectro do Autismo
- PECS** – Picture Exchange Communication System
- PEI** – Programa Educativo Individual
- PGDOE** - Perturbação geral do desenvolvimento sem outra especificação
- PHDA** – Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção
- POSP** – Protocolo de Observação das Sessões de Psicomotricidade
- SIT** - Sensory Integration Therapy
- SXF** – Síndrome de X-Frágil
- TEACCH** – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children
- UEEA** – Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
1. Perturbações do Espectro do Autismo.....	2
1.1. Perspetiva histórica.....	2
1.2. Epidemiologia.....	2
1.3. Principais sintomas	3
1.3.1. Dificuldades na comunicação e interação social.....	3
1.3.2. Comportamentos repetitivos e interesses restritos	5
1.3.3. Outros sintomas.....	5
1.3.3.1. Processamento sensorial.....	5
1.3.3.2. Capacidade motora.....	6
1.4. Perturbações associadas	7
1.5. Hipóteses etiológicas	8
1.6. Avaliação e diagnóstico da PEA	10
1.7. Intervenção	12
1.7.1. Intervenção psicomotora	12
1.7.1.1. Intervenção psicomotora na PEA	13
1.7.1.2. Intervenção psicomotora nas PEA através da dança e do movimento expressivo.....	14
1.7.2. Intervenção psicoeducativa	15
1.7.2.1. TEACH.....	15
1.7.2.2. ABA.....	16
1.7.2.3. DIR.....	16
1.7.2.4. PECS.....	17
1.7.2.5. SIT	17
1.7.2.6. PBS.....	18
1.7.3. Intervenção farmacológica	18
1.7.4. Terapias complementares.....	18
2. Educação inclusiva na PEA.....	18
3. Enquadramento legal.....	19

3.1.	Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo.....	20
3.2.	Centro de recursos para a inclusão.....	20
4.	Contexto institucional formal.....	21
5.	Contexto funcional.....	23
5.1.	Organização e funcionamento da psicomotricidade na APPDA-Lisboa.....	23
III.	ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	24
1.	População apoiada.....	24
1.1.	Apresentação dos casos	24
1.1.1.	Descrição do caso A	25
1.1.2.	Descrição do caso B	26
1.1.3.	Descrição do caso C	26
1.1.4.	Descrição do caso D	27
1.1.5.	Descrição do caso E	27
1.1.6.	Descrição do caso F	27
1.1.7.	Descrição do caso G	28
1.1.8.	Descrição do caso H	28
2.	Objetivos e atividades de estágio	28
2.1.	Intervenção psicomotora	28
2.1.1.	EB1/Santos Mattos.....	29
2.1.2.	EB2,3/Alfornelos	30
2.1.3.	EB2,3/Delfim Santos	30
2.1.4.	EB1/JI Prista Monteiro	30
2.1.5.	CAO da APPDA-Lisboa	31
2.2.	Relação com outros profissionais e familiares.....	31
3.	Contextos de intervenção.....	32
4.	Calendarização das atividades e horário de estágio	33
4.1.	Cronograma de procedimento de estágio	33
4.2.	Horário de estágio	33
4.3.	Calendarização das sessões	34
5.	Processo de intervenção.....	35
5.1.	Planeamento da intervenção	35
5.2.	Avaliação.....	36
5.2.1.	Instrumentos de avaliação	36

5.2.1.1. Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental (GOPPC).....	36
5.2.1.2. Checklist de Autismo (CA)	37
5.2.1.3. Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT)	38
5.2.1.4. Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade (POSP)	39
5.2.2. Condições de avaliação	39
5.2.3. Resultados da avaliação inicial dos casos individuais.....	39
5.2.4. Resultados da aplicação da checklist autismo nos casos individuais.....	42
5.2.4.1. Plano de intervenção dos casos individuais	42
5.2.5. Resultados da avaliação final dos casos individuais	46
5.2.6. Resultados do processo de intervenção dos casos individuais	50
5.2.7. Resultados da avaliação inicial do grupo	52
5.2.7.1. Plano de intervenção do grupo	54
5.2.8. Resultados da avaliação final do grupo	56
5.2.9. Resultados da aplicação POSP no grupo	58
5.3. Reflexões e recomendações para a continuidade da intervenção	65
6. Dificuldade e limitações	66
7. Atividades complementares.....	66
IV. CONCLUSÃO	68
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos níveis de severidade da PEA	11
Tabela 2 - Enquadramento da psicomotricidade no âmbito do estágio na APPDA-Lisboa	23
Tabela 3 - Cronograma geral das atividades de estágio	33
Tabela 4 - Horário de estágio na APPDA-Lisboa.....	34
Tabela 5 - Calendarização das sessões de psicomotricidade	34
Tabela 6 - Cronograma das atividades de estágio na EB1/Santos Mattos e no CAO	35
Tabela 7 - Objetivos de intervenção para o caso A.....	44
Tabela 8 - Objetivos de intervenção para o caso B.....	45
Tabela 9 - Estratégias gerais de intervenção para os casos A e B.....	46
Tabela 10 - Avaliação final dos estudos de caso A e B	51
Tabela 11 – Itens avaliados na LOFPOT	53
Tabela 12 - Objetivos e estratégias de intervenção do grupo.....	56
Tabela 13 - Resultados do processo de intervenção do grupo na LOFPOT	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Avaliação inicial do perfil psicomotor e de comportamento – Caso A.....	40
Gráfico 2 - Avaliação inicial do perfil psicomotor e de comportamento – Caso B.....	41
Gráfico 3 - Avaliação inicial e final – caso A	47
Gráfico 4 - Avaliação inicial e final – caso B	49
Gráfico 5 - Avaliação inicial do grupo.....	53
Gráfico 6 - Avaliação final do grupo	57
Gráfico 7 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso C	58
Gráfico 8 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso D	59
Gráfico 9 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso E	60
Gráfico 10 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso F	61
Gráfico 11 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso G.....	62
Gráfico 12 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso H.....	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Pedido de Autorização para Fotografar e Filmar as Sessões	78
Anexo B – Projeto para as sessões de dança e movimento expressivo na APPDA-Lisboa	80
Anexo C – Pedido de Autorização à direção da APPDA-Lisboa no âmbito do grupo de dança e movimento expressivo	82
Anexo D – Pedido de Autorização aos encarregados de educação no âmbito do grupo de dança e movimento expressivo	84
Anexo E – Grelha de Observação - Perfil Psicomotor e Comportamental: Descrição, Critérios de Cotação e Idade Esperada de Aquisição (Maria, 2012)	86
Anexo F – Tradução da Checklist de Autismo (Hannell, 2006)	108
Anexo G – Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora – LOFOPT (Coppenolle, Simons, et al., 1989)	112
Anexo H – Planos de Intervenção dos casos A e B	117
Anexo I – Plano de Intervenção do grupo de psicomotricidade, dança e movimento expressivo	129
Anexo J – Preenchimento da Checklist de Autismo dos casos A e B	135
Anexo K – Exemplo de um plano e relatório de sessão individual em contexto de ginásio	142
Anexo L – Exemplo de um plano e relatório de sessão de grupo de dança e movimento expressivo	147
Anexo M – Preenchimento da grelha de observação – perfil psicomotor e comportamental (GOPPC) na avaliação inicial e final dos casos A e B	151
Anexo N – Preenchimento da LOFPOT na avaliação inicial e final para cada um dos indivíduos do grupo	164
Anexo O – Preenchimento da POSP para cada um dos indivíduos do grupo	172

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante decorrido no ano letivo 2012/2013, realizado no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

Os objetivos gerais do estágio, que pretende ser a fase final de formação do mestrando, consistiram em estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando a promoção do enquadramento profissional e científico da área. Salienta-se ainda um objetivo específico que consiste em proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional, facilitando a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através da aquisição de competências no domínio da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade (Martins, Simões, & Brandão, 2012)

O estágio decorreu no Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) e no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa (APPDA-Lisboa) com crianças, jovens e adultos com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). A intervenção psicomotora decorreu em contexto de ginásio e meio aquático com 47 indivíduos, de quatro escolas situadas em Lisboa e do CAO.

No que respeita ao presente relatório, os seus principais objetivos são: aprofundar os conhecimentos sobre as PEA; esclarecer as principais estratégias e benefícios da intervenção psicomotora com crianças, jovens e adultos com esta perturbação; descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio; apresentar uma análise crítica e reflexiva dos resultados obtidos com a intervenção, bem como da própria formação e aprendizagem realizada pela estagiária ao longo das atividades de estágio.

Neste sentido, este relatório encontra-se organizado em quatro capítulos, sendo o primeiro esta introdução. No capítulo II, enquadramento da prática profissional, são apresentadas as PEA (evolução histórica, características, epidemiologia, perturbações associadas, hipóteses etiológicas, diagnóstico e avaliação); a intervenção psicomotora e outras intervenções com crianças com PEA; o enquadramento legal e institucional e o contexto funcional do presente estágio. No capítulo III, realização da prática profissional, é descrita a população apoiada e, mais pormenorizadamente, dois estudos de caso individuais e um estudo de caso em grupo; a intervenção psicomotora realizada; a relação com outros profissionais e familiares, sendo apresentado um resumo dos diferentes contextos de intervenção; indicada a calendarização das atividades e horário de estágio; descrito o processo de intervenção, no que respeita ao planeamento, avaliação e resultados obtidos em cada um dos casos em estudo; apresentadas as dificuldades e limitações sentidas no âmbito do estágio; e descritas as atividades complementares de formação. Por fim, na conclusão é realizada uma apreciação crítica e reflexiva sobre o processo de estágio e o seu impacto a nível profissional e pessoal.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No presente capítulo será feito um enquadramento teórico relativo à PEA, sendo apresentada uma breve evolução histórica do conceito, sua epidemiologia, as principais características da perturbação, possíveis perturbações associadas, hipóteses etiológicas e os critérios de avaliação e diagnóstico da PEA. A importância da intervenção e os métodos mais referenciados na literatura serão também abordados, sendo desenvolvida mais detalhadamente a intervenção psicomotora neste âmbito. Finalmente, de acordo com o presente estágio, descreve-se a importância da educação inclusiva bem como o enquadramento legal e institucional, e o seu contexto funcional.

1. Perturbações do Espectro do Autismo

A PEA é uma desordem do desenvolvimento neurológico caracterizada por alterações e dificuldades ao nível da comunicação, interação social e de comportamentos repetitivos, estereotipados e interesses restritos. O manifesto destas dificuldades é muito variável de indivíduo para indivíduo e pode alterar-se com o desenvolvimento de outras competências (Faras, Ateeqi & Tidmarsh, 2010). A manifestação da PEA varia essencialmente em função do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo. Mesmo que 20% dos pais descrevam um desenvolvimento normal nos primeiros anos de vida dos seus filhos, não existe um desenvolvimento tipicamente normal ocorrendo uma regressão principalmente ao nível da linguagem (Lima, 2012).

1.1. Perspetiva histórica

Em 1943 o psiquiatra Leo Kanner descreveu 11 crianças com “distúrbios autísticos do contato efetivo” caracterizadas essencialmente por isolamento social, ausência de interesse por outras pessoas (Faras, Ateeqi & Tidmarsh, 2010), dificuldades severas na capacidade sócio-emocional, na comunicação e em vários aspetos do desenvolvimento motor (Sacrey, Germani, Bryson, & Zwaigenbaum, 2014). No ano seguinte o pediatra Hans Asperger descreveu um outro grupo de crianças com comportamentos semelhantes mas com habilidades intelectuais mais elevadas, sendo descrito como autismo de alto funcionamento ou síndrome de asperger (Faras, Ateeqi & Tidmarsh, 2010).

A palavra “autista” foi inventada para descrever a rejeição da realidade de pacientes com esquizofrenia (Baker, 2013). Em 1960 os psiquiatras viam o autismo como uma forma de “esquizofrenia infantil” e argumentavam que o autismo representava uma resposta da criança ao distanciamento emocional da mãe e frieza no ambiente familiar (Baker, 2013). Na década de 70 começou-se a perceber que o autismo decorria de diferenças biológicas no desenvolvimento do cérebro e desde então inúmeras pesquisas foram realizadas de modo a compreender as causas do autismo (Baker, 2013). Em 1980 o autismo é separado da esquizofrenia infantil e apareceu pela primeira vez como uma categoria separada no DMS-III. Em 1987 é descrita uma definição mais complexa de autismo e entre 1994 e 2000 dá-se o aperfeiçoamento dos critérios que tornam-se cada vez mais complexos (Baker, 2013). A última alteração da definição de PEA deu-se em 2013 com a qual deixam de existir vários subgrupos de autismo e a mesma passa a caracterizar-se por duas categorias apenas (Baker, 2013).

1.2. Epidemiologia

A prevalência das perturbações do espectro do autismo parece estar constante e gradualmente a aumentar (Centers for Disease Control and Prevention – CDC, 2012; Rosti, Sadek, Vaux & Gleeson, 2013).

Elsabbagh et al. (2012) referem que a prevalência do autismo é em média de 62 em cada 10 000 indivíduos, havendo uma maior prevalência no género masculino em relação ao género feminino, sendo a proporção de seis para um. Os autores referem ainda que

existe um risco mais elevado de ocorrência entre irmãos (35% dos casos) e também historia familiar positiva (20%). Num estudo realizado pelo centro de controlo e prevenção de doenças (CDC, 2012) nos Estados Unidos, os resultados apontam para uma estimativa de ocorrência do autismo de um em cada 54 indivíduos no género masculino e para um em cada 252 indivíduos no género feminino, demonstrando assim a maior prevalência no género masculino. No mesmo estudo os autores verificaram diferenças da prevalência de PEA entre diferentes raças e etnias, tendo os resultados apontado que existem mais crianças brancas não-hispânicas com PEA (12 por cada 1000) relativamente a crianças negras não-hispânicas (10,2 por cada 1000) e crianças hispânicas (7,9 por cada 1000).

Em Portugal continental e nos açores a prevalência de PEA é aproximadamente de 10 em cada 10.000 crianças, havendo uma variação regional na prevalência, registando na região centro, Lisboa e os Açores um maior número de casos de crianças com autismo, e na região norte a menor prevalência (Oliveira et al., 2007).

A maior prevalência do autismo ao longo do tempo pode dever-se a diversos fatores como a ampliação dos critérios de diagnóstico, o aumento da eficiência em métodos de identificação de casos, mudanças nos critérios de diagnóstico, e por fim a substituição do diagnóstico quando alguma categoria diagnosticada se torna familiar aos profissionais de saúde ou quando o acesso a melhores serviços é assegurado (Elsabbagh et al., 2012).

1.3. Principais sintomas

A PEA caracteriza-se por diferentes graus de limitações ao nível da comunicação e da interação social e por comportamento atípicos e repetitivos, com um início antes dos três anos de idade (Schaefer & Mendelsohn, 2013; Laplana, Royo, Aluja, López, Heine-Sunyer, & Fibla, 2014).

1.3.1. Dificuldades na comunicação e interação social

Os indivíduos com autismo por vezes não conseguem compreender o outro, devido às suas dificuldades ao nível das habilidades sociais e de comunicação (Kapp, 2013; Zilbovicius et al., 2013). As crianças com PEA não seguem os padrões típicos de desenvolvimento das capacidades sociais e de comunicação, sendo normalmente os pais os primeiros a notar o comportamento incomum nos filhos (NIMH, 2011). Em alguns casos, os bebés com PEA manifestam desde cedo um desenvolvimento diferente dos outros bebés, enquanto noutros o desenvolvimento ocorre normalmente até aos dois ou três anos de idade e depois começa a perder o interesse pelos outros e a tornar-se indiferente aos sinais sociais (NIMH, 2011).

A maioria das crianças com PEA apresenta problemas ao nível da interação social diária. Uma característica marcante é a ausência de contacto visual (Jones, Carr & Klin, 2008; Klin & Volkmar, 2008; Zilbovicius et al., 2013). Estudos com adultos e crianças com PEA demonstram que os mesmos têm preferência por informações não sociais, como detalhes físicos do ambiente, em vez de olharem para informação social, como a face, os olhos e sorriso (Jones, Carr, & Klin, 2008; Klin, Lin, Gorrindo, Ramsay & Jones, 2009; Zilbovicius et al., 2013). A atenção ao olhar é um mecanismo de desenvolvimento social, sendo importante o contacto visual com os outros para esse desenvolvimento e para uma adaptação social ao longo da vida. Jones, Carr & Klin (2008) sugerem que crianças com dois anos de idade com PEA com o contacto visual comprometido venham a ter consequências críticas no desenvolvimento, sendo que uma menor fixação no olhar está associada a um maior comprometimento social na vida cotidiana. Dificuldades ao nível da capacidade de interpretar o tom de voz de outras pessoas, os gestos, as expressões faciais ou outra comunicação não-verbal são características da PEA, o que faz com que muitas vezes não possam responder de forma adequada (NIMH, 2011).

Zilbovicius et al. (2013) referem que os indivíduos com PEA apresentam também dificuldades em atribuir estados mentais aos outros, o que pode decorrer de dificuldades no processamento de informação social que se baseia na expressão facial, no contacto

ocular, no movimento do corpo e no tom de voz. A capacidade de considerar os pensamentos, necessidades, emoções, motivos, intenções de si próprio e dos outros e a capacidade de reconhecer diferenças entre si e os outros é fundamental na gestão da comunicação e socialização (Llaneza, DeLuke, Batista, Crawley, Christodulu, & Frye, 2010). Os indivíduos com PEA podem ter dificuldades em entender o ponto de vista de outras pessoas, e dificuldades em compreender que os outros podem ter sentimentos e objetivos diferentes que os deles, o que leva a que o indivíduo com PEA não compreenda as ações de outras pessoas (Llaneza et al., 2010; NIMH, 2011). Desta forma justifica-se a importância do desenvolvimento de competências sociais básicas sendo o foco principal o de ajudar o indivíduo com PEA a desenvolver uma maior consciência e compreensão das perspectivas dos outros de modo a melhorar as capacidades de conversação, desenvolver relacionamentos com os pares, cooperar com o outro, mediar conflitos, desenvolver capacidades de autorregulação e a resolução de problemas (Llaneza et al., 2010).

Watson, Patten, Baranek, Poe, Boyd, Freuler, & Lorenzi (2011) remetem-nos para o desenvolvimento da linguagem que é muito heterogêneo nesta população. Algumas crianças com PEA não seguem os padrões de um desenvolvimento normal nos primeiros anos de vida. Por exemplo, algumas crianças não respondem ou respondem de forma lenta ao seu nome ou a outras tentativas verbais para chamar a sua atenção, não desenvolvem ou desenvolvem com lentidão gestos como apontar ou mostrar objetos aos outros, balbuciam no primeiro ano de vida mas depois param de fazê-lo, têm um desenvolvimento da linguagem retardado, aprendem a comunicar através de imagens ou da sua própria linguagem de sinais, falam apenas com palavras isoladas ou repetem certas frases sendo incapazes de combinar palavras em frases com sentido, repetem palavras ou frases que ouvem (ecolalia), usam palavras que parecem estranhas, fora de contexto ou com um significado apenas conhecido pelos que estão familiarizados com a forma de comunicar da criança (NIMH, 2011).

Llaneza et al. (2010) referem que os níveis de compreensão e uso da linguagem na comunicação diferem entre os indivíduos com PEA, sendo os indivíduos diagnosticados com PEA de alto funcionamento os que demonstram melhores capacidades ao nível da linguagem. Alguns indivíduos são não-verbais na idade adulta enquanto outros podem desenvolver habilidades de linguagem avançadas (Watson et al., 2011). O desenvolvimento da linguagem em crianças com PEA pode ser afetado pela linguagem verbal que os pais transmitem aos seus filhos quando estes mantêm o seu foco de atenção por exemplo num objeto ou quando realizam alguma ação como apontar ou pegar num objeto (Haebig, McDuffie & Weismer, 2013). Este acompanhamento verbal por parte dos pais pode ser benéfico podendo ser usado como uma estratégia de desenvolvimento da linguagem e consequentemente da interação social (Haebig, McDuffie & Weismer, 2013).

A reduzida ou total ausência de capacidades de comunicação e linguagem expressiva na PEA está relacionada com a reduzida ou total ausência de imitação espontânea, ou seja, a boa imitação de ações está relacionada com boa comunicação (Giacomo et al., 2009). Assim, a falta de desenvolvimento da capacidade de imitação pode afetar todo o domínio da comunicação, tanto a nível verbal como não-verbal nas PEA (Giacomo et. al, 2009). Deste modo, a imitação pobre é mais comum em crianças não-verbais, sendo a correlação entre a imitação e a comunicação verbal uma das características das PEA (Giacomo et. al, 2009).

As dificuldades de comunicação, características do autismo, têm sido apontadas como um fator limitante no desenvolvimento das funções executivas (Pellicano, 2012). Estas estão ainda associadas aos processos necessários para a regulação e controlo do comportamento, e algumas competências básicas como lembrar e seguir instruções, completar tarefas de forma independente, não ter problemas na transição de tarefas e inibir comportamentos inadequados (Pellicano, 2012). As diferenças individuais no desenvolvimento da função executiva pode influenciar o desenvolvimento de crianças com

autismo e pode ser responsável pela heterogeneidade a nível social, comportamental e académico das mesmas (Pellicano, 2012).

1.3.2. Comportamentos repetitivos e interesses restritos

Os comportamentos repetitivos e estereotipados podem referir-se a rituais, compulsões, obsessões, perseverança ou uso repetitivo ou estereotipado da linguagem (Watt, Wetherby, Barber, & Morgan, 2008). Esses movimentos repetitivos ou comportamentos incomuns podem ser muito visíveis ou mais discretos (NIMH, 2011). Alguns comportamentos podem ser comunicativos, outros podem não ser intencionais, alguns podem ser resultado das dificuldades do indivíduo ao nível da organização e regulação sensorial, enquanto outros podem ser sinais ou expressões (Donnellan, Hill & Leary (2013).

Em crianças entre os 18 e os 24 meses de idade, os comportamentos repetitivos e estereotipados podem ser um indicador precoce de autismo juntamente com dificuldades a nível social e de comunicação (Watt et. al, 2008). Esses comportamentos podem ser verbais ou não verbais, simples ou complexos, movimentos finos ou globais, podendo ocorrer com ou sem objetos (Cunningham & Schreibman, 2008). As estereotipias podem envolver uma ou várias partes do corpo e a sua duração, frequência e intensidade são variáveis (Goldman & Greene, 2012). Alguns exemplos são os movimentos repetitivos com os braços, andar de acordo com padrões específicos, executar movimentos com os dedos perto dos olhos (Watt et al., 2008; NIMH, 2011), vocalizações altas, resposta extrema a pequenas alterações e risos desadequados (Donnellan, Hill & Leary, 2013).

Segundo Goldman & Greene (2012) os indivíduos com autismo de baixo funcionamento revelam mais estereotipias comparativamente aos indivíduos com autismo de alto funcionamento. Os mesmos autores afirmam que as estereotipias podem evoluir para comportamentos autoagressivos e uma das formas mais complexas destes comportamentos são os padrões de interesse restritos e estereotipados e a procura pelas semelhanças. Alguns exemplos são a fixação persistente por partes de objetos, como as rodas de um carro ou os olhos de uma boneca, o insistir em brincar com os brinquedos de uma forma muito específica, como alinhar objetos, ou ainda adesão inflexível a rotinas específicas e não funcionais (Cunningham & Schreibman, 2008).

Anagnostou et al. (2011) afirmam que existe uma grande heterogeneidade nos comportamentos repetitivos do autismo. Os autores verificaram a existência de comportamentos como ordenar, lavar, repetir, verificar, rituais de alimentação e rituais envolvendo outras pessoas. As estereotipias acarretam algumas consequências no desenvolvimento da criança, nomeadamente no seu envolvimento na comunidade e na interação com os pares (Cunningham & Schreibman, 2008), interferindo no contexto educativo, na qualidade da interação social e no processamento da aprendizagem (Cunningham & Schreibman, 2008; Goldman & Greene, 2012).

1.3.3. Outros sintomas

Para além das dificuldades ao nível da comunicação e interação social e do comportamento, os indivíduos com PEA apresentam também dificuldades ao nível do processamento sensorial, das habilidades motoras e da regulação de emoções (Kapp, 2013).

1.3.3.1. Processamento sensorial

O bom desenvolvimento sensorial envolve o campo visual, auditivo, propriocetivo e vestibular. Uma disfunção na integração sensorial ocorre quando os neurónios sensoriais não funcionam de forma eficiente levando a dificuldades ao nível do desenvolvimento, aprendizagem e regulação emocional (Zimmer & Desch, 2012). As dificuldades no processamento de informação sensorial é uma das características presentes nos indivíduos com PEA (Amos, 2013; Zimmer & Desch, 2012). Estes revelam muitas

dificuldades em receber informações sensoriais do meio envolvente (Amos, 2013) demonstrando desatenção, distractibilidade, procura sensorial, sensibilidade auditiva ou sensibilidade tátil (Tomchek & Dunn, 2007). Muitas crianças demonstram assim uma maior sensibilidade a sons, cheiros, sabores e revelam comportamentos de procura pelo que é sensorial como texturas ou sensações de movimentos (Ashburner, Bennett, Rodger & Ziviani, 2013).

As dificuldades dos indivíduos com PEA em organizar e regular informação sensorial podem ser contornadas fazendo adaptações de tarefas, de situações ou do ambiente (Donnellan, Hill & Leary, 2013). Algumas adaptações incluem o desenvolvimento de estratégias de modo a que os indivíduos tenham um maior controlo sobre si perante um ambiente sensorial, como por exemplo afastarem-se de sons, prever o que o indivíduo vai fazer ou falar consigo mesmo para lidar com o ruído de um avião (Ashburner, Bennett, Rodger & Ziviani, 2013).

Por vezes, os aspetos sensoriais são a base das dificuldades de indivíduos autistas, especialmente em contextos dinâmicos que requerem uma integração multimodal (Kapp, 2013). As diferenças sensoriais no autismo muitas vezes restringem a capacidade para comunicar, relacionar com os outros e participar na vida (Robledo, Donnellan & Strandt-Conroy, 2012). Deste modo, o processamento sensorial e as diferenças sensoriomotoras em indivíduos com autismo são subjacentes a vários comportamentos que afetam o funcionamento social (Kapp, 2013) tendo assim um impacto significativo na sua capacidade para se relacionar ou participar em interações sociais (Donnellan, Hill & Leary, 2013).

1.3.3.2. Capacidade motora

O desenvolvimento motor, o planeamento, a execução e correção motora encontram-se prejudicados nos indivíduos com PEA (Jeste, 2011; Sacrey et al., 2014). Dificuldades em aspetos básicos da função motora, como a estabilidade e simetria postural podem estar presentes nestes indivíduos que demonstram um menor equilíbrio estático quando comparados a pessoas sem PEA (Travers, Powell, Klinger & Klinger, 2013). A instabilidade motora é maior se os indivíduos tiverem défices visuais ou somatossensoriais, o mesmo acontece se os mesmos estiverem de olhos fechados e com apoio unipedal (Travers et al., 2013).

Algumas inconsistências sensoriais e de movimento incluem variações na velocidade e clareza na perceção sensorial, capacidade de manter ou libertar posturas corporais, dificuldade na velocidade e precisão de movimentos e da fala, alterações no tônus muscular, tiques vocais e físicos indesejáveis e movimentos não funcionais (Robledo, Donnellan & Strandt-Conroy, 2012; Donnellan, Hill & Leary, 2013).

Apesar da capacidade de planear uma ação ser menos clara nos indivíduos com PEA, os mesmos são capazes de planear algumas ações motoras mesmo que sejam mais lentas (Gonzalez, Glazebrook, Studenka, & Lyons, 2013). No seu estudo, Gonzalez et al. (2013) demonstraram que os indivíduos com PEA podem coordenar as suas ações com outra pessoa quando partilham um objetivo comum, o que proporciona interações sociais mais complexas. Deste modo, existe uma ligação importante entre o desempenho motor e os comportamentos sociais e de comunicação mais complexos (Donnellan, Hill & Leary, 2013; McCleery, Elliott, Sampanis, Stefanidou, 2013). Os défices ou atrasos ao nível do desenvolvimento motor podem assim influenciar o desenvolvimento da linguagem e da comunicação nas crianças com autismo (McCleery et al., 2013; Sacrey et al., 2014). Estas crianças apresentam dificuldades na imitação de ações dos outros e na coordenação motora fina (McCleery et al., 2013).

A função motora é fundamental para áreas do desenvolvimento incluindo a linguagem, interação social e aprendizagem (Jeste, 2011). Assim, as dificuldades a nível motor podem ter efeitos primários na independência de atividades de vida diária (como segurar uma colher, escovar os dentes), e também efeitos secundários no funcionamento social, interferindo com a capacidade das crianças para participar em atividades

apropriadas à sua idade com os seus pares (como jogos de equipa) (Sacrey et al., 2014). Por exemplo, dificuldades no movimento de agarrar pode afetar o modo como as crianças brincam e exploram o meio envolvente.

Alguns autores apontam que a análise da manipulação de objetos pode produzir informações sobre o desenvolvimento típico mesmo antes do início de outros sintomas de PEA. (Sacrey et al., 2014). Outros comportamentos como o ser capaz de participar em jogos de pares, o que exige que a criança responda em tempo útil (receção de bola antes de ela bater em si próprio ou no chão), realizar tarefas motoras (bater uma bola com um taco de beisebol), manter o contato visual (para compreender e mostrar intenção na ação) e responder a estímulos sociais (compreendendo quando é apropriado agir) podem ser observados (Sacrey et al., 2014).

Samaritter & Payne (2013) referem que podem existir semelhanças nos padrões de movimentos na PEA, sendo características comuns a forte tendência dos indivíduos se movimentarem com uma grande tensão localizada, o que resulta na ausência de um movimento contínuo e fluido.

1.4. Perturbações associadas

A PEA pode coocorrer com outros diagnósticos psiquiátricos ou médicos (Peacock, Amendah, Ouyvang & Grosse, 2012). As comorbilidades mais comuns de ocorrerem na PEA é a DID, epilepsia (Carlsson, Norrelgen, Kjellmer, Westerlund, Gillberg, & Fernell, 2013; Peacock et al., 2012), a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) (Carlsson et al., 2013; Peacock et al., 2012; Russel & Pavelka, 2013) e Síndrome do X-Frágil (Lima, 2012). No estudo de Peacock et al. (2012) aproximadamente metade das crianças estudadas com PEA apresentavam uma das três condições de comorbilidade estudadas pelos autores que foram a PHDA, a DID e epilepsia. Jeste (2011) refere para além da epilepsia, os problemas de sono e dificuldades a nível motor como comorbilidades neurológicas no autismo.

Diversas perturbações como PHDA, perturbação de oposição e desafio (POD), perturbação de tiques, perturbação do desenvolvimento da coordenação motora (PDCM), perturbação da linguagem, e DID podem coexistir em indivíduos com PEA (Carlsson et al., 2013). Muitas destas perturbações podem ser acompanhadas por problemas comportamentais como birras, problemas de sono, problemas de alimentação, hiper ou hipossensibilidade (Carlsson et al., 2013).

No estudo realizado por Carlsson et al. (2013) diversos problemas ao nível da linguagem, comportamentos, DID, função motora e epilepsia, foram muito comuns no grupo de crianças em idade pré-escolar com PEA. O problema mais comum foi a nível da linguagem que ocorreu em 78% das crianças do grupo, seguindo-se a combinação de DID e PEA que ocorreu em 75% dos casos analisados. Num estudo realizado pelo CDC (2012) nos Estados Unidos, 38% das crianças foram classificadas com DID (QI < ou = 70), 24% enquadraram-se na amplitude limítrofe (QI 71-85) e 38% obtiveram o quociente de inteligência acima da média (QI > 85). Os autores acrescentam ainda que existe uma proporção maior no género feminino de PEA com DID (46%) em comparação com o género masculino (37%) (CDC, 2012). De acordo com Peacock et al., (2011) as crianças diagnosticadas com deficiência intelectual aumenta com a idade.

No estudo de Carlsson et al. (2013) os autores verificaram a função motora alterada em cerca de 30% dos indivíduos com PEA, sendo que 72% dos mesmos apresentavam também DID.

No que concerne à coocorrência da PEA e PHDA, Carlsson et al. (2013) verificaram que em 41% das crianças com PEA havia suspeita de PHDA e 22% com PHDA apresentavam critérios para PEA. Os autores afirmam que existem algumas influências genéticas comuns na PEA e no comportamento da PHDA. Também Russel & Pavelka (2013) afirmam que a comorbilidade de PEA e PHDA pode ser devida aos mesmos mecanismos genéticos e neurológicos. Os referidos autores verificaram que a prevalência

de PHDA em crianças identificadas com PEA é de 17%, a prevalência de PEA em crianças com PHDA é de 27%.

Carlsson et al. (2013) verificaram ainda que 12% das crianças apresentavam problemas de sono severos principalmente insónia. Por sua vez, Jeste (2013) verificou que a ocorrência de distúrbios do sono, essencialmente a insónia, ocorreram até 83% das crianças com PEA. Os problemas de sono nestas crianças têm um impacto negativo no comportamento das mesmas, pode afetar a qualidade de vida do agregado familiar e pode ainda interferir na eficácia de abordagens educacionais e comportamentais (Lima, 2012).

Ainda no estudo de Carlsson et al. (2013) a epilepsia foi encontrada em 9% das crianças com PEA em idade pré-escolar. Os autores supracitados afirmam que é esperado que esta percentagem aumente ao longo do tempo visto que a prevalência de epilepsia em crianças com PEA varia de acordo com a faixa etária e a coocorrência de deficiência intelectual. No mesmo estudo, 71% das crianças com epilepsia também apresentaram deficiência intelectual. De acordo com Jeste (2013) a epilepsia é uma condição comum em indivíduos com PEA com uma prevalência de aproximadamente 30%. Outro estudo aponta que a prevalência de epilepsia em crianças com PEA em crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 17 anos é de 12%, sendo que a prevalência é de 10% em crianças com menos de 13 anos de idade e é de 26% em adolescentes (Viscidi et al., 2013). Assim, existe uma maior prevalência de epilepsia em criança com PEA de idade mais avançada.

No estudo realizado por Viscidi et al. (2013) os autores verificaram que os indivíduos com epilepsia demonstraram uma menor capacidade cognitiva e são mais propensos a ter DID. Assim, os autores supracitados referem como fatores de risco de epilepsia em criança com PEA a idade avançada, QI baixo, funcionamento adaptativo baixo, competências linguísticas pobres, história de regressão no desenvolvimento e outros sintomas mais graves da PEA. O baixo QI como um preditor clínico de epilepsia em crianças com PEA pode auxiliar os médicos em alertar os pacientes que estão em maior risco para a epilepsia (Viscidi et al., 2013).

Por último, a síndrome de X-Frágil é outra patologia que pode estar associada à PEA. Segundo Lima (2012) esta caracteriza-se por alterações físicas; perturbações comportamentais como impulsividade ou birras excessivas; perturbações do neurodesenvolvimento como défice cognitivo e perturbação da linguagem; problemas médicos como epilepsia ou problemas oftalmológicos; e problemas psiquiátricos como a depressão ou agressividade.

1.5. Hipóteses etiológicas

A PEA compreende uma série de condições de desenvolvimento neurológico de gravidade variável caracterizada por dificuldades de comunicação, relacionamento social e de comportamento (Cukier et al., 2014). Sugere-se que aproximadamente 20% dos casos apontam uma causa a nível molecular enquanto a hereditariedade é também apontada como uma causa que explica 90% dos casos, sugerindo causas ainda não descobertas (Rosti et al., 2013). Fatores genéticos e fatores ambientais ou a combinação de ambos são referidos como os mais comuns na etiologia da PEA (Llaneza et al., 2010; Hallmayer et al., 2011; Langridge et al., 2013).

Schaefer & Mendelsohn (2013) afirmam que 30 a 40% dos indivíduos com PEA apresentam etiologia genética. A etiologia da PEA é muito heterogénea e apenas uma fração de genes do autismo foi descoberta até à data (Schaefer & Mendelsohn, 2013; Cukier et al. 2014). O fenótipo da PEA apresenta muitas diferenças de pessoa para pessoa numa ampla gama de sintomas e gravidade da perturbação (Schaefer & Mendelsohn, 2013). Alguns indivíduos com PEA possuem alterações genéticas como alterações citogénicas, variação do número de cópias de genes (Rosti et al., 2013), distúrbios de um único gene e alterações metabólicas (Rosti et al., 2013; Schaefer & Mendelsohn, 2013). Num estudo recente, os autores conseguiram descobrir algumas variantes de sequencia

de DNA em 36 genes que podem representar genes de risco de PEA (Matsunami et al. 2014).

Diversos estudos com gêmeos têm fornecido uma visão sobre influências genéticas e ambientais na PEA (Ronald & Hoekstra, 2011). Estudos realizados com irmãos indicam que 85 a 90% da variabilidade de PEA pode ser atribuída a uma base genética com uma forte correlação genótipo-fenótipo (Laplana et al., 2014). O fenótipo do autismo pode manifestar-se diferentemente em gêmeos, podendo cada gêmeo demonstrar diferenças significativas na sua manifestação clínica de PEA (Laplana et al., 2014). Hallmayer et al. (2011) referem no seu estudo que embora os fatores genéticos desempenhem um papel importante na etiologia do autismo, os fatores ambientais explicam cerca de 55% dos casos de autismo em gêmeos. De facto, Llaneza et al., (2010) e Ronald & Hoekstra (2011) referem que os gêmeos monozigóticos não são 100% semelhantes em termos de traços autísticos, como tal, e visto que os gêmeos monozigóticos são idênticos a nível genético, essas diferenças verificadas entre gêmeos são devidas a fatores ambientais que envolvem agentes teratógenos (como infeção da mãe com rubéola, etanol) que podem provocar alterações antes do nascimento (Llaneza et al., 2010).

No estudo de Langridge et al. (2013) os autores não encontraram associações entre as condições maternas, fatores perinatais e o aumento de risco de PEA. Também Gardener, Spiegelman & Buka (2011) sugerem que várias condições perinatais e neonatais podem estar relacionadas com o risco de autismo, sejam separadamente ou em combinação. Alguns exemplos são o baixo peso à nascença, o tamanho pequeno para a idade gestacional, a época de nascimento no verão (o que pode estar relacionado com variações sazonais de infeções, fatores nutricionais ou défice de vitaminas).

Alguns modelos teóricos apontam para considerações cognitivas da PEA que têm-se focado em áreas deficitárias propondo explicações para as mesmas como a teoria da mente, funções executivas e fraca coerência central (Booth & Happé, 2010). Os modelos da coerência central e da teoria da mente parecem estar relacionados e assumem um papel importante em ajudar as crianças a compreender experiências e a melhorar o seu desenvolvimento social (Pina, Flavia & Patrizia, 2013).

O processo de coerência central permite a organização de informação de modo a que os indivíduos deem prioridade à compreensão do significado e ao compreender diferentes contextos (Pina, Flavia & Patrizia, 2013). O modelo da fraca coerência central baseia-se em alterações cognitivas que afetam algumas funções como a perceção, a linguagem e as competências sociais. A fraca coerência central caracteriza-se pelo foco e memória de detalhes e de informação literal, o que se verifica nos indivíduos com autismo (Happé & Booth, 2008). Ou seja, refere-se à tendência para integrar informação num contexto, recorrendo à capacidade de atenção e memória (Booth & Happé, 2010). Os indivíduos com PEA tendem a não processar a informação no seu contexto global mas sim por partes, assim as informações obtidas são isoladas e fragmentadas devido a uma capacidade fraca de coerência central (Pina, Flavia & Patrizia, 2013). Esta capacidade limitada de coerência central pode ter um papel crucial nas dificuldades dos indivíduos com autismo em compreender estímulos sociais e o seu significado (Pina, Flavia & Patrizia, 2013).

Quanto à teoria da mente, esta refere-se à capacidade cognitiva para atribuir estados mentais a si próprio e aos outros (Bennett et al, 2013). As crianças com boas capacidades relacionadas com a teoria da mente, como o serem capazes de entender expressões faciais dos outros, podem ter um melhor desenvolvimento da comunicação adaptativa e das capacidades sociais. Deste modo, a teoria da mente pode ser um importante mediador na associação entre as habilidades linguísticas precoces e o posterior desenvolvimento na PEA ao nível das competências sociais e da comunicação (Bennett et al, 2013).

Outro modelo explicativo da PEA é as funções executivas, as quais incluem um conjunto de processos múltiplos e distintos (Panerai, Tasca, Ferri, D'Arrigo, & Elia, 2014),

abrangendo capacidades de planeamento, memória de trabalho, flexibilidade mental, iniciação de resposta, inibição de resposta, controlo de impulsos e acompanhamento de ações (Robinson, Goddard, Dritschel, Wisley & Howlin, 2009). Uma evidência da PEA é as funções executivas deficitárias, e diversos estudos procuram entender se estas podem representar um item de diagnóstico da PEA (Panerai et al., 2014).

1.6. Avaliação e diagnóstico da PEA

As PEA são um grupo comportamental definido por desordens do desenvolvimento neurológico normalmente diagnosticadas na infância (Schaefer & Mendelsohn, 2013). Os critérios de diagnóstico têm evoluído com o aumento da compreensão clínica e molecular referente ao autismo, o que pode, no entanto, tornar o diagnóstico mais difícil visto que o espectro clínico é muito variável (Rosti et al., 2013). O autismo é raramente diagnosticado antes dos 18 meses pois pouco se sabe sobre o autismo durante os dois primeiros anos de desenvolvimento (Klin, Lin, Gorrindo, Ramsay, & Jones, 2009). A idade média de diagnóstico mais precoce de PEA é aos quatro anos e cinco meses (53 meses) e para síndrome de asperger é aos seis anos e cinco meses (75 meses) (CDC, 2012).

O diagnóstico revisto da PEA representa uma nova forma mais precisa e útil médica e cientificamente de diagnosticar indivíduos com perturbações relacionadas com o autismo (APA, 2013). A determinação de um diagnóstico preciso é o primeiro passo para a definição de um plano de tratamento para o indivíduo (APA, 2013).

A organização Autism Speaks (2013) menciona os critérios de diagnósticos para PEA definidos pelo DSM-V. De seguida encontram-se os critérios de diagnóstico:

- A. Dificuldades persistentes na comunicação e interação social em diversos contextos, manifestadas pelos seguintes itens:
 - 1. Dificuldades na reciprocidade sócio emocional, por exemplo dificuldades em manter uma conversa, partilha reduzida de interesses e emoções, dificuldades em iniciar ou responder a interações sociais;
 - 2. Dificuldades nos comportamentos de comunicação não-verbal usada para a interação social, por exemplo comunicação verbal e não-verbal pobre, alterações ao nível do contacto visual e da linguagem corporal, dificuldades em compreender e utilizar gestos, ausência de expressões faciais e comunicação não-verbal;
 - 3. Dificuldades em desenvolver, manter e compreender relações, por exemplo, dificuldades de ajuste de comportamentos para atender a diversos contextos sociais, dificuldades em fazer amigos e ausência de interesse pelos pares.
- B. Padrões de comportamento restritos ou repetitivos, os interesses ou atividades manifestados por pelo menos dois dos seguintes itens:
 - 1. Movimentos motores estereotipados ou repetitivos, uso de objetos ou linguagem verbal, por exemplo, estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou lançar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas;
 - 2. Insistência na igualdade, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados ou comportamento verbal ou não-verbal, por exemplo, dificuldades com pequenas mudanças e transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de cumprimento, precisa de fazer o mesmo caminho ou comer a mesma comida todos os dias;
 - 3. Interesses muito restritos, fixos e intensos, por exemplo, preocupação excessiva com objetos incomuns, interesses limitados ou persistentes;
 - 4. Reações ou interesses incomuns a estímulos sensoriais, por exemplo, aparente indiferença à dor ou temperatura, resposta adversa a sons ou texturas específicas, tocar ou cheirar excessivamente objetos, fascínio visual com luzes ou movimento.
- C. Os sintomas devem estar presentes no período inicial do desenvolvimento.

Os sintomas de PEA podem ser suaves em alguns indivíduos e mais graves noutros. De seguida encontra-se uma tabela onde se encontram descritos os níveis de severidade para a PEA de acordo com a APA (2013 cit in Autism Speaks, 2013):

Nível de Severidade	Comunicação Social	Comportamentos e interesses repetitivos
Nível 3 “Requer um apoio muito substancial”	Dificuldades graves nas capacidades de comunicação social (verbal e não-verbal), provocando deficits severos no funcionamento; iniciação muito limitada de interações sociais e de resposta mínima às propostas sociais dos outros.	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade extrema de lidar com a mudança, comportamentos restritos/repetitivos excessivos que interferem com o funcionamento dos vários domínios, e grande dificuldade em mudar o foco ou ação.
Nível 2 “Requer um apoio substancial”	Dificuldades evidenciadas nas capacidades de comunicação social (verbal e não-verbal), prejuízos sociais evidentes mesmo com apoios de suporte, iniciação de interações sociais limitada, e respostas reduzidas ou anormais a abordagens sociais dos outros.	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com a mudança, comportamentos repetitivos/restritos aparecem com frequência que interfere com o funcionamento em diversos contextos, dificuldade em mudar o foco ou ação.
Nível 1 “Requer apoio”	Sem apoios no espaço, as dificuldades de comunicação social causam prejuízos visíveis, dificuldade em iniciar interações sociais, respostas atípicas ou mal sucedidas a abordagens sociais dos outros, demonstrando um interesse reduzido nas interações sociais.	Inflexibilidade de comportamento que interfere significativamente com o funcionamento num ou mais contextos, dificuldade em mudar de atividades, problemas de organização e planeamento que dificulta a independência.

Tabela 1 - Descrição dos níveis de severidade da PEA

De acordo com os critérios do DSM-V, os indivíduos com PEA devem apresentar os sintomas desde a infância, mesmo que esses sintomas não sejam reconhecidos até mais tarde. A mudança dos critérios de diagnóstico incentiva o diagnóstico precoce de PEA (APA, 2013). Os médicos desempenham um papel crucial na identificação precoce de crianças com PEA, visto que são o primeiro ponto de contacto e o ponto de partida para o encaminhamento para centros apropriados para posterior avaliação, aconselhamento e intervenção (Faras, Ateeqi & Tidmassh, 2010).

Após um primeiro diagnóstico é fundamental fazer uma avaliação das competências da criança em áreas como a socialização, linguagem, cognição, autonomia e motricidade, de modo a ser definido o seu nível de funcionalidade (Lima, 2012). A CARS – *Childhood Autism Rating Scale* e a ADIR – *Autism Diagnostic Interview Revised* são dois instrumentos utilizados para o diagnóstico da criança com PEA. Alguns exemplos de instrumentos de avaliação de competências são ADOS – *Autism Diagnostic Observation Schedule*, PEP-III

– Psycho-Educational Profile, escala de desenvolvimento de Griffiths, TALC – teste de avaliação da linguagem da criança (Lima, 2012).

1.7. Intervenção

A PEA exige um acompanhamento ao longo da vida. Como tal, qualquer indivíduo com esta perturbação necessita de uma intervenção que dê respostas às áreas que se encontram perturbadas. A intervenção na PEA deve estimular diversas áreas, nomeadamente a cognição, a socialização, a comunicação, a autonomia, o comportamento, o jogo e as competências académicas (Lima, 2012).

Existem diversas abordagens de intervenção com vista a atenuar os sintomas do autismo e estabelecer mais competências a nível académico, a nível da vida diária, social e de comunicação (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013). De seguida serão descritas algumas abordagens iniciando-se pela intervenção psicomotora, seguindo-se a intervenção psicoeducativa, a intervenção farmacologia e por fim uma breve referência a terapias complementares.

1.7.1. Intervenção psicomotora

A psicomotricidade é uma ciência transdisciplinar que estuda e investiga as relações e influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e o corpo (Fonseca, 2010). Por outras palavras, é uma ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno (sensações, sentimentos, imagens, pensamentos) e externo (os outros, objetos) (Dorneles & Benetti, 2012). A sua abordagem é centrada nos aspetos da aprendizagem no desenvolvimento infantil através de uma perspetiva lúdica (Falkenbach, Diesel & Oliveira, 2010; Dorneles & Benetti, 2012).

Para Fonseca (2010) a psicomotricidade divide-se em três componentes, multicomponencial, visto que a psicomotricidade procura integrar domínios das ciências biológicas, humanas e sociais; multiexperencial, visto que procura estudar a sua implicação no desenvolvimento humano desde o recém-nascido ao sénior; e multicontextual, uma vez que visa projetar a sua intervenção profissional em vários contextos, desde a família, à escola, hospitais e lares.

A intervenção psicomotora engloba parâmetros reabilitacionais, educacionais, reeducacionais e terapêuticos, sendo a mesma mediatizada pelo corpo, ação, gesto, jogo, ritmo e pela motricidade (Fonseca, 2010). Esta intervenção deve visar a facilitação da tomada de consciência do corpo e das suas diferentes partes no tempo e no espaço, exigindo uma resolução mental na qual são necessários processos complexos de planificação e antecipação motora (Fonseca, 2010). Através desse corpo o indivíduo expressa-se, comunica com o mundo (Dorneles & Benetti, 2012) e experiencia sensações, perceções e emoções (Fonseca, 2010). Pela aproximação corporal a intervenção psicomotora favorece a socialização e a relação entre os indivíduos (Falkenbach, Diesel & Oliveira 2010; Dorneles & Benetti, 2012).

As sessões de psicomotricidade seguem uma rotina composta pelos rituais de entrada, onde se dá a preparação da criança para o brincar; pelo momento do brincar, onde são potenciadas experiências corporais e vivências simbólicas; e pelos rituais de saída (Falkenbach, Diesel & Oliveira, 2010).

A intervenção psicomotora incide nos sete fatores psicomotores: tonicidade (tensão ativa muscular, sendo responsável pelo estado de alerta e vigilância); equilíbrio (permite o ajustamento postural e gravitacional, sendo determinante para a construção do movimento voluntário); lateralização (organização entre os dois hemisférios, quanto à dominância ocular, auditiva, manual e pedal); noção do corpo (representação mental que consiste na integração das partes do corpo que participam no movimento e das relações que estabelecem entre si e os objetos externos); estruturação espaço-temporal (funções de receção, processamento e armazenamento, a nível espacial e rítmico); motricidade global (movimentos de grandes grupos musculares, envolvendo a organização da atividade

consciente e a sua programação, regulação e verificação); motricidade fina (movimentos precisos das mãos e dedos, que envolvem a velocidade, a precisão e a facilidade de reprogramação de ações, à medida que as informações tátil-percetivas se ajustam às informações visuais) (Fonseca, 2007).

1.7.1.1. Intervenção psicomotora na PEA

Um dos objetivos da intervenção psicomotora no autismo infantil é o desenvolvimento de processos cognitivos, o qual é concretizado através do brincar e de experiências motoras no meio (Dorneles & Benetti, 2012).

A afetividade entre o indivíduo e o terapeuta proporciona um bom caminho para a aprendizagem (Falkenbach, Diesel & Oliveira, 2010). O terapeuta para intervir com crianças autistas deve estar preparado para propor e perceber as modulações tônicas do outro e para ser um companheiro ajudando-o a superar as dificuldades com que se depara. Essa ajuda pode ser pelo contato físico, pelo olhar, mímica, comunicação verbal, estimulando a realização da tarefa, a formação de vínculos positivos e reforçando conquistas (Falkenbach, Diesel & Oliveira, 2010).

Na intervenção psicomotora com crianças com autismo é importante adaptar as atividades ao nível e competências de cada criança, ter em conta os seus interesses, promover a compreensão de cada criança com o uso de recursos visuais, demonstrações e estratégias, e utilizar a repetição do que é feito com cada uma (Harbelot, 2011). Portanto, as instruções devem ser adaptadas para a compreensão da criança utilizando métodos como instruções visuais, imitação, orientação, reforço social positivo (Mangenout, 2012).

Dorneles & Benetti (2012) referem que algumas adaptações são essenciais como o espaço que deve ser não-estimulante, seguro e adaptado à criança; o tempo adaptado ao ritmo da criança; e ferramentas como o material proposto, a diversidade das atividades e pistas visuais. Os mesmos autores afirmam que os ajustes nas sessões individuais de psicomotricidade com crianças com PEA são pré-requisitos para o sucesso das mesmas.

Falkenbach, Diesel & Oliveira (2010) realizaram um estudo no qual constataram que as sessões de psicomotricidade relacional beneficiam a criança com autismo promovendo a ampliação dos seus movimentos, as vivências do brincar e as relações com o terapeuta e outras crianças.

Mangenot (2012) descreve as competências psicomotoras que devem ser trabalhadas no autismo, nomeadamente as capacidades motoras, capacidades sensoriais, funções executivas, tipos de jogo, imitação, interações e socialização. Nas capacidades motoras, o terapeuta deve propor à criança novas sensações sensoriomotoras abordando a motricidade global, manual, a coordenação e aquisições motoras gerais. Nas capacidades sensoriais, área deficitária no autismo, o terapeuta deve ter em conta as percepções sensoriais, a modulação e a realização de massagens e deve ter o cuidado de não sobrecarregar a criança com informações sensoriais, dando-lhe uma pausa para integrar a informação sensorial. Nas funções executivas que incluem a organização das capacidades percetivas e motoras, o terapeuta deve, de uma forma lúdica, desenvolver funções cognitivas a partir de atividades motoras, sensoriais, do jogo ou de interações. Deste modo o terapeuta promove a capacidade de atenção, a flexibilidade mental, a planificação e a capacidade de memória da criança. O terapeuta deve ajustar as atividades às necessidades da criança. O jogo é também uma competência que deve ser trabalhada, através do brincar as aprendizagens tornam-se reais. Diferentes tipos de jogos devem ser usados, o jogo sensório-motor, o funcional, o imaginário e o simbólico, áreas estas de jogo em que algumas crianças com autismo têm dificuldades.

Outra competência é a imitação, esta é uma ação do início do desenvolvimento da criança que promove a interação e a comunicação com o outro e fornece à criança oportunidades de aprendizagem. O terapeuta avalia a capacidade de imitação de cada criança através de distintos da imitação espontânea, provocada, ações com ou sem objetos e do reconhecimento de ser imitado. Na interação procura-se que esta seja recíproca entre

indivíduos e que haja relações com os pares. Nesta competência está implícita a comunicação funcional verbal e não-verbal, a partilha da atenção e o responder ao outro. Através do jogo, o terapeuta leva a criança a verbalizar pedidos e escolhas e a utilizar gestos sociais adequados. Por fim, a socialização permite a integração do indivíduo na sociedade tendo em conta regras sociais coletivas. A socialização implica as relações entre pares, a descodificação de emoções e a integração na comunidade.

1.7.1.2. Intervenção psicomotora nas PEA através da dança e do movimento expressivo

A utilização da dança pode aplicar-se na intervenção psicomotora educativa, reeducativa e terapeuta, em indivíduos com diferentes idades e com diferentes perturbações, essencialmente no autismo como forma de desenvolver a comunicação e facilitar a expressão (Aragón, 2007). A dança e o movimento proporcionam situações lúdicas de utilização do corpo como forma de expressar desejos, sentimentos e emoções (Oliveira, 2009) e, utilizados como veículo de comunicação intervêm a um nível verbal e não-verbal (Koch & Fischman, 2011).

A dança na intervenção psicomotora permite ao indivíduo exteriorizar e sentir o seu corpo, tomar consciência da posição e tensão dos músculos (Aragón, 2007). Deste modo, ela contribui para uma melhor noção do próprio corpo (Samaritter & Payne, 2013).

A dança e o movimento expressivo tem como aspetos centrais a relação corporeamente, as relações interpessoais e a relação da pessoa com o meio ambiente, sendo assim meios essenciais de ligação e comunicação que promovem a saúde de indivíduos, grupos e comunidades (Koch & Fischman, 2011).

Os benefícios da dança na intervenção psicomotora podem incluir a melhoria de aptidões físicas e motoras como a integração sensorial, o equilíbrio, a coordenação dinâmica, a relaxação, a consciência do corpo, a flexibilidade e a capacidade respiratória; o autoconceito, a capacidade de autoafirmação, a espontaneidade; e o processo de integração social em grupo (Aragón, 2007).

A terapia pela dança e pelo movimento é referida por alguns autores como uma estratégia de intervenção na PEA. Para estes indivíduos, que muitas vezes não desenvolvem a comunicação verbal, o movimento é um meio efetivo de contacto, interação, comunicação e desenvolvimento (Oliveira, 2009). Por sua vez, o uso da música na terapia psicomotora pode levar a uma melhoria ao nível da imitação, do vocabulário, do contacto visual que se torna mais frequente e mais longo, da capacidade de prestar atenção, da comunicação não-verbal, do sentimento de bem-estar, das emoções e do comportamento (Lofthouse, Hendren, Hurt, Arnold & Butter, 2012). Através da música é possível atender às necessidades sociais, comunicativas e cognitivas e às desordens do movimento no autismo (Hardy & LaGasse 2013), sendo que os elementos da música como a melodia, harmonia, timbre e ritmo, têm sido utilizados de forma eficaz. O ritmo, visto como fator de organização na música, serve como uma marca do tempo na aplicação terapêutica da música para objetivos de reabilitação motora e é fundamental para a sincronização auditivo-motora (Hardy & LaGasse 2013). Hardy & LaGasse (2013) referem ainda que existem dois fatores que contribuem para o sucesso do ritmo auditivo na reabilitação que são a sincronização rítmica e o facto de o ritmo poder facilitar a plasticidade cortical. Os autores supracitados afirmam que indivíduos com PEA podem beneficiar de terapia com música ou sinais auditivos rítmicos visto que a mesma beneficia a expressão motoras essencialmente no planeamento e controlo do movimento (Hardy & LaGasse 2013).

Uma vez que os indivíduos com autismo movimentam o seu corpo de uma forma atípica (Donnellan, Hill & Leary, 2013), é sugerido que o ritmo facilita a sincronização sensoriomotora e contribui para a motricidade global e para respostas percetivomotoras. A melodia, letra e estilo podem também ser usadas como estratégias de motivação (Hardy & LaGasse 2013).

Nas sessões de dança o terapeuta estabelece e mantém o contacto e relacionamento com os indivíduos através da sincronização não-verbal e da relação corporal. O terapeuta faz espelho com o indivíduo, combina e desafia o movimento do mesmo através do ritmo e direção (Samaritter & Payne, 2013).

Segundo Oliveira (2009) o terapeuta deve dar tempo e atenção ao comportamento não-verbal do indivíduo com PEA de modo a poder criar, ajustar ou alterar o ambiente que por sua vez deve ser bem estruturado. A mesma autora afirma que através do movimento expressivo é possível trabalhar ao nível da motricidade global, da coordenação rítmica, da cognição, do equilíbrio, do controlo postural, da expressividade pessoal e artística, da autoestima, da noção corporal, do autoconceito e das relações interpessoais.

1.7.2. Intervenção psicoeducativa

As intervenções psicoeducativas baseiam-se em ensinar às crianças novos comportamentos e habilidades pelo uso de técnicas especializadas e estruturadas (Mulas, 2010). As intervenções psicoeducativas englobam vários métodos sendo os mais referenciados o modelo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*), o programa Applied Behavior Analysis (ABA); o desenvolvimento de relações positivas com os outros com o modelo DIR (*Developmental, Individual Difference, Relationship-Based Model*); a melhoria das habilidades de comunicação, utilizando o *Picture Exchange Communication System* (PECS) e desenvolvimento de competências sensório-motoras através do *Sensory Integration Therapy* (SIT); a inclusão da família na intervenção, utilizando o programa PBS (*Family-Centred Positive Behaviour Support Programs*) (Mulas, 2010).

1.7.2.1. TEACH

O método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) caracteriza-se pelo uso do ensino estruturado de modo a facilitar a aquisição dos objetivos de aprendizagem para cada indivíduo. O ensino estruturado requer que o ambiente e as atividades estejam organizadas de forma a otimizar a aprendizagem e evitar a frustração (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013). O modelo TEACCH centra-se em entender o autismo, a maneira como os indivíduos com PEA pensam, aprendem e experimentam o mundo, e o modo como essas diferenças cognitivas explicam os sintomas e problemas comportamentais dos indivíduos com PEA (Mulas et al., 2010). Este modelo baseia-se normalmente em cinco componentes; o foco na aprendizagem estruturada; o uso de estratégias visuais para orientar a criança (estrutura da sala, o material e ordem do dia) e a aprendizagem de línguas e imitação; a aprendizagem de um sistema de comunicação baseado em gestos, imagens, sinais ou palavras impressas; a aprendizagem de habilidades pré-académicas (cores, números, formas, etc.); e os pais trabalharem como coterapeutas, em casa, utilizando os mesmos materiais e técnicas (Mulas et al., 2013).

Neste método existem três fatores essenciais, são eles a organização do espaço físico de forma coerente com as necessidades da criança, como por exemplo minimizar possíveis distrações; a utilização de atividades de forma previsível, como por exemplo o uso de esquemas visuais das rotinas diárias; e a organização dos materiais e tarefas para promoverem a independência dos indivíduos quanto a orientações e instruções, como por exemplo usar materiais visuais se o estudante for mais capaz de beneficiar com eles (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013).

No método TEACH o ambiente físico é adaptado e são usadas estruturas visuais para organizar o espaço e atividade. Estas adaptações podem ter um impacto favorável no desempenho do indivíduo em tarefas de percepção e atividades que requerem a coordenação visual e motora (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013).

1.7.2.2. ABA

A intervenção precoce intensiva comportamental (EIBI) consiste na aplicação dos princípios e procedimentos da análise aplicada do comportamento (ABA) para a habilitação de crianças com PEA (Granpeesheh, Tarbox & Dixon, 2009). O tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível, é implementado de forma intensiva e tenta abordar todas as áreas deficitárias do desenvolvimento. O princípio base é que tudo o que as pessoas fazem seja linguístico, social ou adaptação pode ser considerado comportamento (Granpeesheh, Tarbox & Dixon, 2009). Este programa baseia-se em promover condutas mediante reforços positivos e extinguir comportamentos indesejados eliminando consequências positivas (Mulas, 2010). O reforço por parte dos cuidadores inclui atenção ou recorrer a atividades preferenciais (Granpeesheh, Tarbox & Dixon, 2009).

O tratamento ABA em crianças com autismo deve ser de 30 a 40 horas semanais de intervenção individual no mínimo durante dois anos. O programa deve abordar todas as áreas deficitárias de cada criança, abordar a exibição de comportamentos desafiadores, e deve ser baseado em princípios comportamentais de aprendizagem e motivação (Granpeesheh, Tarbox & Dixon, 2009).

O ABA tem sido demonstrado ser eficaz na intervenção com indivíduos com PEA essencialmente no tratamento de comportamentos desafiadores e das dificuldades nas competências dos indivíduos (Granpeesheh, Tarbox & Dixon, 2009). O programa de tratamento ABA é composto por vários procedimentos de intervenção tais como instrução discreta e formação em ambiente natural, e baseia-se em princípios básicos de aprendizagem e motivação como reforço positivo, extinção de comportamentos, controlo de estímulos e generalização dos efeitos da aprendizagem de uma circunstância para outra (Granpeesheh, Tarbox & Dixon, 2009).

1.7.2.3. DIR

O DIR/Floortime (developmental, individual difference, relationship-based) oferece uma perspetiva alternativa à terapia que tem em conta o nível intrínseco de interesses do indivíduo apoiando as diferenças neurológicas que afetam o desenvolvimento (Hess, 2013). O modelo DIR auxilia os médicos e os pais na avaliação e prestação de intervenção para crianças com dificuldades de desenvolvimento (Dionne & Martini, 2011).

O modelo DIR visa uma interação recíproca que leva a uma melhoria global no processamento de desenvolvimento do cérebro (Hess, 2013). O floortime é uma técnica de intervenção do modelo DIR. Esta técnica pretende mover a criança com necessidades especiais através de seis metas de desenvolvimento as quais englobam aspetos emocionais e intelectuais (Dionne & Martini, 2011). Os princípios desta abordagem de intervenção podem ser incorporados durante atividades da vida diária como o horário das refeições, o vestir e tomar banho (Dionne & Martini, 2011).

No floortime o terapeuta segue o que a criança faz durante o jogo (Dionne & Martini, 2011), seguindo assim os seus interesses de forma a ir ao seu encontro para que a criança perceba que está na companhia de alguém atento e disponível para ela (Hess, 2013). Deste modo o terapeuta conseguirá entrar na vida emocional da criança (Hess, 2013). O terapeuta e a criança jogam no chão e o terapeuta trabalha com a criança para dominar cada uma das suas capacidades de desenvolvimento (Hess, 2013).

O floortime é a componente de jogo de um programa abrangente utilizado com bebés, crianças, adolescentes e as suas famílias com diferenças ao nível do desenvolvimento incluindo a PEA. Este programa trabalha com todos os elementos do modelo DIR/Floortime como os níveis de desenvolvimento emocional e as diferenças neurobiológicas individuais nas capacidades de processamento, criando relações de aprendizagem para promover o desenvolvimento da criança (Hess, 2013).

Para além do programa floortime, o modelo DIR/Floortime envolve também terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia, programas educacionais, apoio e aconselhamento aos pais (Hess, 2013).

1.7.2.4. PECS

O PECS é um sistema de comunicação aumentativa e alternativa utilizado em indivíduos com autismo e com dificuldades da fala (Llaneza et al., 2010; Mizael & Aiello, 2013). O PECS é um sistema de comunicação útil para pessoas que não possuem um método de comunicação funcional, permitindo-lhes expressar adequadamente as suas necessidades e desejos; pessoas que têm dificuldades em comunicar de forma a que os outros a compreendam; pessoas que têm um sistema de comunicação funcional que não é adequado à sua capacidade de transmitir necessidades e desejos; ou pessoas que não possuem um sistema de comunicação que permite a comunicação expressiva espontânea (Ganz, Lund & Simpson, 2012). Capacidades de comunicação e linguagem podem ser substancialmente melhoradas pelo uso do PECS quando a expressão verbal é inexistente (Llaneza et al., 2010). Diversos estudos comprovaram a eficácia deste sistema de comunicação em indivíduos com autismo através do qual os mesmos conseguiram obter vocalizações com intenção comunicativa e por vezes a fala funcional (Boesch, Wendt, Subramanian & Hsu, 2013; Mizael & Aiello, 2013).

A característica fundamental do PECS é a utilização de cartões com imagens ou ícones que representam objetos (como por exemplo bola, computador, biscoitos), pessoas (por exemplo pai, mãe), ou atividades (por exemplo abraçar, desenhar) (Ganz, Lund & Simpson, 2012). As imagens podem ser feitas num programa de computação gráfica ou ser fotografias reais que depois são presas com velcro no livro de comunicação da criança, o qual é utilizado para a criança comunicar. O PECS inclui ícones como “eu ouço”, “eu vejo”, “eu quero” que podem ser combinados com outros ícones de modo a formar frases em etapas mais avançadas de treino e uso do PECS (Llaneza et al., 2010; Ganz, Lund & Simpson, 2012).

Algumas vantagens deste sistema de comunicação é a facilidade de manutenção e portabilidade, podendo qualquer criança viajar facilmente com o mesmo (Ganz, Lund & Simpson, 2012; Boesch, Wendt, Subramanian & Hsu, 2013), o baixo custo (Boesch, Wendt, Subramanian & Hsu 2013) e o fato de os ícones poderem ser adaptados às preferências da criança (Ganz, Lund & Simpson, 2012).

O PECS exige que a criança trabalhe para interagir reforçando um esforço para aprender a iniciar a comunicação, fazer pedidos, responder a perguntas, ter ganhos académicos e expandir o vocabulário (Llaneza et al., 2010). A aprendizagem da utilização do PECS passa por seis fases em que cada fase vai-se tornando progressivamente mais complexa que a anterior, exigindo assim maior capacidade de comunicação expressiva e/ou recetiva. A primeira fase designa-se por treino inicial de comunicação em que o indivíduo deve associar os ícones aos seus itens representativos; na segunda fase o indivíduo vai buscar um ícone e entrega-o ao parceiro de comunicação, a fim de ter acesso a um item desejado; na terceira fase dá-se a discriminação dos ícones e itens; na quarta fase ocorre a elaboração de frases de modo a expressar desejos e descrever o ambiente; na quinta fase ocorre o responder a questões; e na sexta fase o emitir comentários e aprender a discriminar itens semelhantes (Ganz, Lund & Simpson, 2012). Portanto, o treino do PECS cumpre uma sequência estruturada projetada tendo em conta as fases do desenvolvimento típico da comunicação e da linguagem (Ganz, Lund & Simpson, 2012).

1.7.2.5. SIT

A terapia de integração sensorial é útil em crianças que apresentam dificuldades relacionadas com o processamento sensorial. Esta terapia envolve atividades com o fim de organizar o sistema sensorial através de estímulos vestibulares, propriocetivos, auditivos e táteis utilizando materiais específicos para fornecer esses estímulos (como escovas e bolas) (Zimmer & Desch, 2012). A intervenção é benéfica na diminuição de maneirismos e no progresso de áreas de processamento sensorial, regulação, função socio-emocional e capacidades motoras na PEA (Pfeiffer, Koenig, Kinnealey, Sheppard & Henderson, 2011).

1.7.2.6. PBS

O programa PBS é uma intervenção focada na família centrada em comportamentos positivos. O PBS baseia-se na ideia de que a inclusão da família no tratamento é fundamental para as necessidades da criança (Mulas et al., 2010). A implementação do programa em crianças com PEA tem revelado resultados positivos com melhoras no comportamento das crianças em diferentes contextos, e melhoras nas interações positivas entre a família, os professores e as crianças (Blair, Lee, Cho, & Dunlap, 2010).

1.7.3. Intervenção farmacológica

A intervenção farmacológica não sendo uma intervenção psicoeducativa tem sido apontada como uma ação complementar fundamental para a redução de sintomas que causam problemas nas crianças com PEA na escola ou em casa (NIMH, 2011). O desenvolvimento de novas terapias farmacológicas para a PEA é um desafio devido à sua complexidade genética, neurobiológica e pelos vários sintomas (Ecker, Spooren & Murphy, 2013). Nos últimos anos deu-se um progresso significativo ao nível da terapia farmacológica para indivíduos com PEA (Doyle & McDougale, 2012; Ecker, Spooren & Murphy 2013).

Alguns aspetos devem ser tidos em conta na intervenção farmacológica tais como: deve começar após otimização das terapias comportamentais e educacionais para controlo dos sintomas; o fármaco deve ser escolhido tendo em conta os possíveis riscos e benefícios associados; e deve iniciar-se com a menor dose e passar por um aumento gradual (Lima, 2012).

Os medicamentos psicotrópicos mais utilizados no tratamento de sintomas comportamentais associados à PEA incluem inibidores da serotonina, anti psicóticos e medicamentos usados para tratar PHDA (Doyle & McDougale, 2012). Os inibidores de serotonina são utilizados no controlo e comportamentos repetitivos e sintomas obsessivo-compulsivos (Lima, 2012). Estes são menos eficazes em crianças com PEA comparativamente com os adultos (Doyle & McDougale, 2012). Os anti psicóticos são os medicamentos mais eficazes no tratamento irritabilidade em crianças, adolescentes e adultos com PEA e pode ser útil no tratamento de outros sintomas (Doyle & McDougale, 2012). Os psicostimulantes podem ser benéficos no tratamento da hiperatividade e défice de atenção em indivíduos com PEA (NIMH, 2011; Doyle & McDougale, 2012; Lima, 2012) mas são menos eficazes e associados a mais efeitos adversos quando comparados com indivíduos com apenas PHDA (Doyle & McDougale, 2012).

Outros medicamentos existem que podem ser úteis para vários sintomas dos indivíduos com PEA mas mais estudos são necessários para comprovar a eficácia dos mesmos (Doyle & McDougale, 2012).

1.7.4. Terapias complementares

Algumas terapias complementares têm vindo a ser utilizadas nos indivíduos com PEA. Alguns exemplos são as dietas sem glúten, antifúngicos e secretina (Lima, 2012). As terapias complementares apontadas na literatura são a acupuntura, terapia assistida por animais (Lofthouse et al., 2012), massagens, musicoterapia, reiki, ioga, (Lima, 2012; Lofthouse et al., 2012).

2. Educação inclusiva na PEA

A educação inclusiva refere-se a uma abordagem de ensino na qual os alunos com perturbações ou deficiência são educados numa sala de aula regular que seja apropriada à idade da criança, tenha suportes que atendam às necessidades individuais e que facilitem a participação da criança nas mesmas atividades que os seus pares (Keane, Aldridge, Costley, & Clark, 2012). A inclusão destes alunos no ensino regular promove um

ambiente rico pela diversidade social e promove o respeito e cooperação entre as crianças. O ambiente escolar deve ser bem planeado e adequado às necessidades das crianças (Mattos & Nuernberg, 2011). Assim, a educação inclusiva tem como principais vantagens o desenvolvimento da interação social que acontece na turma e no recreio (Mattos & Nuernberg, 2011).

A educação inclusiva no autismo permite à criança beneficiar de uma educação que satisfaça as suas necessidades básicas de aprendizagem, tendo sempre em conta as suas características cognitivas, sensoriais, sociais e comportamentais (Nunes & Lemos, 2009). A colocação destes alunos numa sala de ensino regular proporciona uma oportunidade de aprender com os seus pares e de se adaptar, o que se torna fundamental para promover competências sociais (Keane et al., 2012). Muitas crianças com PEA possuem capacidades académicas e podem funcionar com sucesso num ambiente educacional convencional. As condições da sala de ensino regular devem ser tidas em conta pois todo o ambiente pode ser desafiador para estas crianças. Se as crianças estiverem preparadas para o ensino regular antes da sua transição para esse ambiente, a sua capacidade de lidar e funcionar com sucesso nesse ambiente pode melhorar, portanto a preparação adequada da criança com PEA antes da transição para a sala de ensino regular pode facilitar o funcionamento académico e social (Keane et al., 2012).

Resultados a longo prazo apontam que crianças com PEA numa turma de ensino regular apresentam evoluções positivas ao nível do desenvolvimento de competências sociais e de comunicação. Na transição é fundamental uma colaboração entre os professores do ensino especial, os professores do ensino regular, os colegas e os pais para um ambiente educacional inclusivo com sucesso (Mattos & Nuernberg, 2011).

3. Enquadramento legal

De acordo com a Lei nº49/2005 definida pelo Diário da República, correspondente à segunda alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo, todos os portugueses têm o direito à educação e à cultura, sendo da responsabilidade do Estado promover a democratização do ensino, garantindo o direito a uma justa e efetiva igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolares. Deste modo, para além do ensino regular, o Ministério da Educação constitui diversas modalidades especiais da educação escolar que visam a total participação da população no sistema de ensino, entre as quais a Educação Especial.

Com a finalidade de promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino, surge o Decreto-Lei (DL) 3/2008, que defende a criação de condições para a adequação do processo educativo às crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e à sua integração educativa e social nas escolas de ensino regular, por forma a envolver a participação dos pais e encarregados de educação. Nesta medida, importa planejar um sistema de educação inclusivo que permita responder à diversidade de características e necessidades de todas as crianças com o objetivo de promover o sucesso educativo de todos os indivíduos. Assim sendo, para que as escolas respondam adequadamente é necessário a determinação dos apoios especializados, das adequações do processo de ensino e de aprendizagem de que o aluno deva beneficiar e das tecnologias de apoio, bem como elaborar para todos os alunos com NEE um Programa Educativo Individual (PEI), que se trata de um documento que tem em conta as necessidades educativas especiais de cada criança e fundamenta as respostas educativas e respetivas formas de avaliação.

Relativamente à adequação do processo de ensino e de aprendizagem, o DL 3/2008 integra algumas medidas que visam promover a aprendizagem e a participação dos alunos com NEE de carácter permanente: Apoio Pedagógico Personalizado; Adequações Curriculares Individuais; Adequações no Processo de Matrícula; Adequações no Processo

de Avaliação; Currículo Específico Individual (CEI); e Tecnologias de Apoio. Estas medidas podem ser aplicadas cumulativamente, com exceção das Adequações Curriculares Individuais e do CEI, não cumuláveis entre si. Os projetos educativos das escolas/agrupamentos podem ainda desenvolver respostas específicas diferenciadas, especificamente para alunos com PEA, criando as UEEA.

3.1. Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo

Segundo o artigo 25º do Decreto-lei 3/2008, as UEEA constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida em escolas ou agrupamentos de escolas para a educação de alunos com PEA. Assim, os objetivos destas unidades baseiam-se em:

- Promover a participação dos alunos com perturbações do espectro do autismo nas atividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem;

- Implementar e desenvolver um modelo de ensino estruturado o qual consiste na aplicação de um conjunto de princípios e estratégias que, com base em informação visual, promovam a organização do espaço, do tempo, dos materiais e das atividades;

- Aplicar e desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares que, com base no modelo de ensino estruturado, facilitem os processos de aprendizagem, de autonomia e de adaptação ao contexto escolar;

- Proceder às adequações curriculares necessárias;

- Organizar o processo de transição para a vida pós-escolar;

- Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família.

A organização da resposta educativa nas UEEA, deve ser estabelecida pelo grau de severidade, nível de desenvolvimento cognitivo, linguístico e social, o nível de ensino e a idade. Estas unidades devem integrar docentes com formação especializada em educação especial, e devem introduzir as modificações necessárias, para que os espaços e materiais estejam adaptados às necessidades específicas das crianças e jovens.

De acordo com o DL 3/2008, é possível recorrer à obtenção de serviços técnicos especializados, através do estabelecimento de parcerias com instituições particulares ou estatais, com o objetivo de realizar atividades de enriquecimento curricular e respostas educativas, assim como o desenvolvimento de estratégias que promovam uma transição adequada da escola para os programas de formação profissional ou centros de emprego.

3.2. Centro de recursos para a inclusão

Os CRI são atualmente uma tendência geral na Europa, de acordo com a Portaria nº98/2011 publicada em Diário da República, a qual refere também que as escolas especiais têm vindo a admitir significativamente menos alunos e a privilegiar, cada vez mais, e com sucesso assinalável, o desenvolvimento de atividades de apoio às escolas públicas com alunos com necessidades especiais, no âmbito das áreas curriculares específicas, das terapias e da transição para a vida ativa. Através da avaliação do trabalho realizado pelas instituições, no âmbito dos CRI, pode-se concluir que estas constituem um recurso valioso em prol do desenvolvimento de uma educação inclusiva complementando o trabalho das escolas de ensino regular e respondendo a um conjunto de preocupações e aspirações expressas, nos últimos anos, por famílias, escolas e professores.

Segundo o Aviso n.º 22914/2008 publicado em Diário da República, os CRI tem como objetivo geral, apoiar a inclusão das crianças e jovens com deficiência e incapacidade, de forma a facilitar o acesso ao ensino, à formação, ao trabalho, ao lazer, à participação social e à vida autónoma, promovendo o máximo potencial de cada indivíduo. Os objetivos específicos estabelecidos baseiam-se em apoiar a elaboração, a implementação e a

monitorização dos PEI; criar e divulgar materiais de trabalho de apoio às práticas docentes; consciencializar a comunidade educativa para a inclusão; promover e monitorizar processos de transição da escola para a vida pós-escolar; mobilizar as entidades empregadoras e apoiar a integração profissional; promover os níveis de qualificação escolar e profissional; promover a formação contínua dos docentes; promover ações de apoio à família; promover a participação social e a vida autónoma; conceber e implementar atividades de formação ao longo da vida; apoiar o processo de avaliação das situações de capacidade por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); e promover acessibilidades.

De acordo com o Aviso n.º 22914/2008, os CRI devem cumprir alguns requisitos: presença de uma equipa multidisciplinar; experiência de pelo menos dois anos, na prestação de apoio a crianças e jovens com NEE de carácter permanente; os edifícios e transporte devem ter condições de acessibilidade; parcerias estabelecidas com agrupamentos de escolas/escolas da sua área geográfica e com pelo menos duas entidades (autarquias, serviços de saúde, segurança social e empresas).

4. Contexto institucional formal

A APPDA-Lisboa, Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, é uma instituição particular de solidariedade social, organização não-governamental do desenvolvimento. A Associação Portuguesa para Proteção às Crianças Autistas foi fundada em 1971 por um grupo de pais que não encontrava respostas educativas para os seus filhos com autismo. Com sede em Lisboa, tinha âmbito nacional, dando apoio a todas as pessoas que a contactavam e encaminhando-as para os escassos serviços existentes. O maior objetivo da APPCA foi o de fundar uma escola onde se atendessem as necessidades específicas das crianças com PEA. Ao longo dos anos a APPCA foi abrindo novas delegações em diversos distritos dos pais (APPDA-Lisboa, 2013).

A partir de 1984/5 a APPCA passou a designar-se Associação Portuguesa para Proteção aos Deficientes Autistas, visto que passou a apoiar não só crianças mas também adolescentes e adultos. Em 2002 as delegações autonomizaram-se e adotaram a denominação comum de Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo precedida da sigla identificativa. Atualmente existe a APPDA-Lisboa, APPDA-Norte, APPDA-Coimbra, APPDA-Viseu, APPDA-S. Miguel e Santa Maria (Açores). Em 2003 foi criada a Federação Portuguesa de Autismo que substitui a APPDA Nacional e integra as associações regionais e outras associações dedicadas às perturbações do espectro do autismo (APPDA-Lisboa, 2013).

A APPDA tem como missão prestar serviços às pessoas com Perturbações do Desenvolvimento do Espectro do Autismo (PEA) e às pessoas com elas significativamente relacionadas, promovendo a defesa e o exercício dos respetivos direitos e a aquisição e melhoria de qualidade de vida. A associação visa ser uma organização de referência no que respeita ao conhecimento do autismo e à qualidade dos serviços prestados. Os valores da mesma são o respeito pela dignidade das pessoas, a não discriminação, a inclusão, a solidariedade, o associativismo, o espírito de missão e a competência. A associação respeita e dissemina os princípios consagrados na constituição nacional e na carta dos direitos das pessoas com autismo; na convenção das nações unidas sobre os direitos das pessoas com deficiência; no guia prático para o funcionamento ético das organizações, e, de um modo geral, pelos que visam a implementação e a defesa de uma sociedade inclusiva, consagrados em instrumentos da ordem jurídica nacional e internacional (APPDA-Lisboa, 2013).

A associação tem assim como objetivos promover a defesa e o exercício dos direitos das pessoas com PEA, colaborando com instituições congéneres, portuguesas ou estrangeiras, e com organizações ou instituições internacionais; promover a valorização e

a qualidade de vida das pessoas com PEA, nomeadamente através do acesso a diagnóstico e intervenção precoce, cuidados de saúde, educação pré-escolar e escolar, aprendizagem ao longo da vida, ocupação ou emprego adequados e residência condigna; apoiar a investigação da etiologia, fenomenologia e terapêutica das PEA, colaborando com as pessoas e instituições interessadas; dar apoio e formação aos pais e a outras pessoas significativamente relacionadas com pessoas com PEA; promover a consciencialização e o conhecimento das PEA, promovendo ações de sensibilização e de divulgação (APPDA-Lisboa, 2013).

A APPDA-Lisboa, tal como referido anteriormente, dá apoio a pessoas com autismo de todos os níveis etários e suas famílias, mantendo os seguintes serviços:

Clínica de diagnóstico, avaliação e acompanhamento aberta à comunidade que conta com a colaboração de pediatra, geneticista, psiquiatra, psicólogos, psicopedagogos e técnicos de reabilitação; e com o apoio de parcerias com Centros de Desenvolvimento Infantil e o Laboratório de Genética da Faculdade de Medicina de Lisboa;

Escola de Ensino Especial para crianças e adolescentes em idade escolar;

Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) acreditado pelo Ministério da Educação que dá apoio a crianças e jovens com PEA que frequentam o ensino regular. O CRI apoia igualmente os jovens com PEA que se preparam para ingressar na vida ativa ou nos centros de apoio, finda a escolaridade obrigatória;

Centros de Apoio Ocupacional (CAO) para adolescentes e adultos com PEA que são acompanhados por educadores, professores, terapeutas, auxiliares, professores especializados e monitores para os ateliers de cerâmica, pintura, música, educação física, jardinagem, agricultura, têxteis, cozinha, tecelagem, natação, remo adaptado, lavandaria e atividades da vida diária e hipoterapia no exterior.

Lares Residenciais para grupos de seis a nove jovens com PEA que frequentam diariamente o CAO. O CAO e Lares Residenciais mantêm acordos de cooperação com o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.

Serviço de Apoio às Famílias que é coordenado por um Técnico Superior de serviço social.

Ações de formação para a comunidade, seminários e workshops (oficinas) sobre PEA em grande parte do território nacional, incluindo as regiões autónomas. No início do ano letivo são realizadas as Jornadas de Formação que se destinam a professores, outros técnicos e famílias das crianças e jovens apoiadas pelo CRI.

Atualmente a sede da APPDA-Lisboa é situada no Alto da Ajuda, em Monsanto num terreno com 12.000 m². Nesse terreno encontra-se o centro de atividades ocupacionais, a escola de educação especial, quatro centros residenciais, o pavilhão ajudautismo, uma estufa e uma piscina terapêutica com cobertura. No bairro do Zambujal em S. Domingos de Rana existe outro Centro Residencial (APPDA-Lisboa, s/d).

De modo a fazer funcionar os seus centros e dar apoio às crianças com PEA que frequentam o ensino regular, a APPDA mantém acordos com o Ministério da Educação que apoia as crianças e os adolescentes até aos 18 anos, e com o Ministério do Trabalho e Segurança Social que apoia os jovens e adultos. Nos seus centros, dá apoio direto a 60 adolescentes e jovens e a 20 crianças do 1º ciclo integradas em escolas ou jardins-de-infância e indireto a 200, número registado na base de dados das crianças diagnosticadas (APPDA-Lisboa, s/d).

A Escola de Educação Especial e o CAO têm salas de aula para grupos de 6 crianças e jovens, oficinas de pré-profissionalização (têxteis, cerâmica, pintura e outras atividades artísticas, culinária, jardinagem, floricultura, agricultura biológica), uma sala de música, um ginásio, as salas destinadas à clínica de diagnóstico e de acompanhamento aberta à comunidade, os serviços administrativos, uma biblioteca, refeitório, lavandaria, sala de consulta e gabinete médico, salas de diagnóstico psicológico, uma vasta estufa, uma piscina terapêutica e um pavilhão para apoio às crianças que frequentam escolas de ensino regular (APPDA-Lisboa, 2013).

A equipa pedagógica de todos os centros é coordenada por um Diretor Coordenador, um Diretor Pedagógico, uma Diretora dos Centros Residenciais, dois terapeutas ocupacionais, um terapeuta da fala, dois educadores de infância, um educador social, três psicopedagogos, um professor de música, um professor de educação física, um técnico de educação especial e reabilitação, um técnico de serviço social, um monitor de hortofloricultura e jardinagem e um monitor de lavandaria. A equipa é completada por sete auxiliares de educação, cinco ajudantes de ação educativa, 24 ajudantes de lar, dois motoristas, cinco funcionários de serviço auxiliar, quatro cozinheiras e dois ajudantes de cozinha. A assistência médica está a cargo de um médico psiquiatra e de uma pediatra geneticista. Os serviços administrativos estão a cargo de quatro funcionários (APPDA-Lisboa, 2013).

5. Contexto funcional

O CRI da APPDA-Lisboa dá apoio a crianças que frequentam as UEEA de escolas de ensino regular, sendo que no presente ano letivo, este CRI apoiou 106 crianças em 11 agrupamentos escolares. Por sua vez, o CAO da APPDA-Lisboa fornece apoio a 56 adultos. Este ponto diz respeito ao trabalho exercido durante o presente estágio, relativamente à organização e funcionamento da psicomotricidade na APPDA-Lisboa.

5.1. Organização e funcionamento da psicomotricidade na APPDA-Lisboa

O funcionamento da Psicomotricidade na APPDA-Lisboa, como se pode observar na tabela 2, incidiu ao nível do CRI e do CAO, sendo que a intervenção decorreu em escolas e nas instalações da APPDA respetivamente.

	Agrupamento de escolas	Escolas	Nº de indivíduos apoiados
CRI	Alfornelos	EB1/Santos Mattos	6
		EB2,3/Alfornelos	7
	Laranjeiras	EB2,3/Delfim Santos	7
	Telheiras	EB1/Prista Monteiro	7
CAO	Ginásio da APPDA		20

Tabela 2 - Enquadramento da psicomotricidade no âmbito do estágio na APPDA-Lisboa

A intervenção ao nível do CRI decorreu no ano letivo 2012/2013 em quatro escolas de três agrupamentos, sendo acompanhadas 27 crianças com idades compreendidas entre os seis e os 18 anos, que frequentam 1º, 2º e 3º ciclos. A intervenção foi da responsabilidade de três psicomotricistas do CRI e da estagiária, que dinamizaram sessões individuais, de pares ou em grupo, em contexto de ginásio e no meio aquático. As sessões tiveram como objetivo promover o desenvolvimento psicomotor e comportamental das crianças e jovens, bem como a sua autonomia e cognição.

No CAO da APPDA-Lisboa, foram acompanhados 14 indivíduos em sessões individuais de psicomotricidade que tiveram como objetivo desenvolver a autonomia e a qualidade de vida. Foram ainda acompanhados seis indivíduos em sessões de grupo de psicomotricidade, dança e movimento expressivo que tiveram como objetivo promover aspetos comportamentais, expressivos, comunicativos e relacionais. Ambas as sessões decorreram no ginásio da associação.

No próximo capítulo serão apresentadas as atividades de estágio que decorreram no CRI e no CAO da APPDA-Lisboa.

III. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No presente capítulo será abordada a prática profissional no âmbito do estágio que decorreu em quatro escolas do CRI e no CAO da APPDA-Lisboa. Inicialmente será descrita a população apoiada e serão apresentados os casos que correspondem a dois alunos que frequentam a UEEA da EB1/Santos Mattos e a um grupo de adultos do CAO. Os objetivos do presente estágio, a intervenção nas diferentes escolas e no CAO, os contextos em que ocorreu, a calendarização e horário de estágio serão também indicados. De seguida, será apresentado o processo de intervenção psicomotora com os referidos estudos de caso, que inclui a avaliação realizada antes e após a intervenção e sugestões futuras. No final, serão apresentadas as dificuldades e limitações sentidas, bem como as atividades complementares de formação.

1. População apoiada

No âmbito do estágio, a população apoiada ao nível do CRI foi de 27 crianças e jovens, 19 do género masculino e oito do género feminino, com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos com diagnóstico de PEA incluindo um caso com Síndrome do X-Frágil, dois casos com problemas de sono e dois com epilepsia. Todas as crianças e jovens apoiados frequentam a UEEA de quatro escolas dos agrupamentos de Alfarelos, Laranjeiras e Telheiras.

A intervenção decorreu no meio aquático com dois grupos e no ginásio individualmente, a pares ou em pequeno grupo. As crianças da EB1/Prista Monteiro usufruíram de sessões individuais em ginásio, as crianças da EB1/Santos Mattos usufruíram de sessões individuais em contexto de ginásio e sessões de grupo em meio aquático, os alunos da EB2,3/Alfarelos usufruíram de sessões de grupo em contexto de ginásio e meio aquático e os alunos da EB2,3/Delfim Santos usufruíram de sessões de pares e sessões de grupos em contexto de ginásio.

Foi possível a estagiária realizar a sua intervenção autonomamente e sem acompanhamento direto das técnicas do CRI na escola EB1/Prista Monteiro, enquanto nas restantes escolas a intervenção realizou-se com a supervisão da técnica do CRI.

No âmbito do CAO a intervenção da estagiária incluiu a participação em dois grupos distintos. Um em contexto de ginásio numa intervenção individual dirigida a 14 indivíduos, dois do género feminino e 12 do género masculino com idades compreendidas entre os 30 e os 56 anos; e outro, também em ginásio mas referente a um conjunto de participantes inseridos num projeto de dança e movimento expressivo constituído por seis indivíduos, três do género feminino e três do género masculino, com idades compreendidas entre os 34 e 53 anos.

Para efeitos do presente relatório, serão descritos do grupo de crianças acompanhadas na UEEA da EB1/Santos Mattos duas crianças e um grupo de seis adultos do CAO inseridos num projeto iniciado este ano letivo na área da dança e movimento expressivo.

1.1. Apresentação dos casos

De seguida apresenta-se uma breve caracterização dos casos observados e avaliados incluindo informação da anamnese ao nível clínico, psicológico, escolar e familiar. Assim, serão descritas duas crianças que frequentam a UEEA da EB1/Santos Mattos e seis adultos que frequentam o CAO da APPDA - Lisboa. Os seis indivíduos foram escolhidos pelo diretor coordenador em contacto com os profissionais e responsáveis de cada sala do CAO. Os critérios de seleção foram a aptidão física, o nível de funcionalidade, o gosto pela música e dança, a capacidade de estar em grupo e relacionar-se com os outros, e o horário de cada indivíduo.

Os dados foram consultados no PEI de cada criança e nos processos de cada adulto. Para se manter a confidencialidade das informações, serão utilizadas as letras indicativas de cada caso.

1.1.1. Descrição do caso A

O caso A é uma criança do género feminino que tem oito anos de idade e frequenta o 2º ano de escolaridade na EB1/Santos Mattos do agrupamento de escolas de Alfarelos. A criança frequenta a UEEA diariamente onde usufrui de apoio pedagógico individualizado. Frequenta a sala de ensino regular acompanhada por um professor de ensino especial uma hora por dia. Através do CRI da APPDA-Lisboa a criança usufrui de apoio de psicologia, terapia de fala e psicomotricidade.

De acordo com os dados retirados do PEI, A nem sempre responde à voz humana, apresenta dificuldades em esperar pela sua vez, não escuta e no que se refere à linguagem oral nem sempre fala de forma clara e audível. A criança apresenta uma grande instabilidade psicomotora revelando excesso de atividade e dificuldades em focar a atenção. A demonstra impulsividade, dificuldades de coordenação e na precisão dos movimentos e apresenta uma boa reação ao contato corporal com adulto. A criança foi avaliada com o PEP3 e a CARS e apresenta um diagnóstico de PEA.

Anamnese

A vive com os pais e com o irmão mais velho. A criança nasceu de uma gravidez vigiada às 38 semanas de gestação, de parto eutócico, revelando um índice de apgar de 9:10. No último mês de gestação a mãe teve diabetes gravídico.

A foi descrito como um bebé que se alimentava bem mas que dormia pouco e mantinha-se muito tempo em “lamúrias” sem conseguir perceber o motivo. A criança apreciava a companhia dos adultos (ex. parava o choro), gostava de colo, esticando braços para o adulto e dava-lhes atenção mas não sorria quando estes brincavam com ela ou lhe davam carinho. Foi amamentada até os três anos sendo momentos de interação muito ricos (dava muita atenção à mãe). Mantinha bom contacto ocular com os pais e o irmão, e mostrava reação adversa a pessoas e locais novos.

Relativamente ao desenvolvimento motor, a A adquiriu a marcha autónoma aos 12 meses, altura em que começou a notar-se uma grande rejeição a rotinas diárias (banho, vestir, locais de paragem do carrinho, chorava até sair das situações). Começou a manifestar algumas estereotípias motoras, como rodar as mãos e revirar os olhos.

Ao nível da linguagem, as primeiras palavras eram ditas com pouca intenção na comunicação. Nunca apontou, pegava no adulto e levava-o até o objeto pretendido. No brincar não passava muito tempo com cada brinquedo nem desenvolvia jogos sozinha. Aos dois anos de idade começou a passar por períodos crescentes sem falar, a perder algumas palavras que já dizia, mas manteve alguns vocábulos como sim, mano e água. Aos dois anos e meio deixou de falar por completo, desenvolvendo um jargão mais variado, pouco inteligível, por vezes com pouca intenção comunicativa. Nesta fase deixou de responder ao nome mas reagia quando ouvia algum objeto cair. Neste período começou a rejeitar alimentos, problema este que foi ultrapassado até hoje. Aos três anos de idade procurava objetos iguais para brincar, como por exemplo molas iguais.

Estes comportamentos foram referidos nas consultas de pediatria de rotina no centro de saúde. Aos três anos de idade surgiu necessidade de ser vista numa consulta de especialidade, tendo sido encaminhada para consulta de desenvolvimento do hospital de Guimarães onde foi referido um diagnóstico eventual de PEA. Desta consulta foi referida para o hospital de Santo António no Porto onde foi confirmado o diagnóstico de autismo.

Aos três anos e dois meses de idade iniciou o apoio em terapia da fala e terapia ocupacional. Um mês depois, mudou-se para Lisboa onde manteve o acompanhamento em terapia da fala e onde começou a frequentar um jardim-de-infância. Aos quatro anos começou a frequentar a EB1/JI Jose Ruy com acompanhamento em várias terapias

(psicomotricidade, hidroterapia, psicologia) e apoio psicopedagógico na APPDA-Lisboa até os seis anos. Atualmente é acompanhado na consulta de desenvolvimento no Hospital Fernando Fonseca (6-6 meses), e acompanhamento psicológico e psicopedagógico na APPDA-Lisboa.

1.1.2. Descrição do caso B

O B é uma criança do género masculino que tem sete anos de idade e frequenta o pré-escolar. A criança está matriculada no agrupamento de escolas de Alfofnelos para o 1º ciclo, contudo foi pedido para ficar no jardim-de-infância da escola Santos Mattos por inexistência de vaga na sala TEACCH. A criança frequenta a UEEA uma hora por dia com o intuito de se familiarizar com o ambiente da sala e conhecer novas rotinas de funcionamento. O seu diagnóstico é perturbação do desenvolvimento com atraso da linguagem, sendo este um diagnóstico que não está atualizado. O B tem acompanhamento de terapia ocupacional, terapia da fala e consulta de desenvolvimento.

Anamnese

O B vive com pais e o irmão. Nasceu de uma gravidez com acompanhamento médico e sem intercorrências às 42 semanas de cesariana com peso 3315gr, índice de apgar 9 no quinto minuto e 10 no décimo minuto. A criança teve choro imediato e apresentou icterícia.

Os principais marcos do desenvolvimento psicomotor foram atingidos dentro dos limites normais, exceto a linguagem. As primeiras palavras foram ditas aos 12 meses de idade mas houve uma regressão por volta dos 20 meses. Ainda no desenvolvimento da linguagem a primeira frase foi dita aos quatro anos e a criança compreende o que lhe é dito manifestando uma boa compreensão da linguagem oral.

Por volta dos três meses manifestou o primeiro sorriso. A criança faz birra quando é contrariada, esperneia e grita. Ao nível do desenvolvimento motor o B segurou a cabeça aos três meses, sentou-se aos seis meses, não gatinhou, e começou a andar aos 15 meses. Este caso foi descrito como uma criança meiga, simpática, que revela capacidades cognitivas e mostra interesse em atividades, conseguindo manter a sua atenção nas mesmas, em histórias e em alguns jogos. Ao nível da linguagem consegue ter uma conversa coerente usando frases complexas. A criança é autónoma no comer, tem uma boa relação com o adulto e interage com os colegas.

O B ingressou no jardim-de-infância aos dois anos, fase esta em que demonstrou dificuldades de adaptação. A criança é seguida em pediatria no Hospital da Luz e em consultas de desenvolvimento na CUF Descobertas.

1.1.3. Descrição do caso C

O C é um indivíduo do género masculino, tem 34 anos e apresenta um diagnóstico de Perturbação desintegrativa da infância (PDI). O referido caso vive com os pais, sendo estes as pessoas com quem passa mais tempo. Nasceu de uma gravidez com acompanhamento médico às 40 semanas de gestação com índice de apgar de 10/10.

No que se refere ao desenvolvimento motor o C sentou-se e conseguiu segurar a cabeça aos seis meses, conseguiu ficar de pé aos 18 meses e iniciou a marcha aos 23 meses. Ao nível do desenvolvimento social, deu o primeiro sorriso aos três meses e não dava os braços para ser agarrado. O C começou a segurar objetos aos dois anos e conseguia manter a sua atenção nos mesmos quando estava no berço.

Ao nível do desenvolvimento da linguagem, emitiu os primeiros sons com um ano e as primeiras palavras foram aos quatro anos, mas depois perdeu-as. Não houve progressão da linguagem. O desenvolvimento da audição e visão foram normais. Aos três anos de idade o C não comunicava verbalmente.

Atualmente, o C é um indivíduo com alguma linguagem verbal mas pouco comunicativo que não inicia nem mantém uma conversa com os seus colegas ou com os profissionais do CAO. Manifesta por vezes ecolalia imediata, responde adequadamente a

cumprimentos sociais mas relaciona-se pouco com os colegas e profissionais evitando contacto físico e contacto ocular. Possui uma postura curvada, demonstra rigidez muscular nos membros inferiores e superiores, o que influencia a sua marcha que é ligeiramente descoordenada.

1.1.4. Descrição do caso D

O D é um indivíduo do género masculino, tem 42 anos, apresenta um diagnóstico de autismo (Síndrome de Kanner) e vive com a mãe. Nasceu às 40 semanas de gestação com índice de apgar de 10/10.

O D deu o primeiro sorriso aos três meses de idade e manifestava problemas no contato com olhar. Ao nível do desenvolvimento motor conseguiu segurar a cabeça aos cinco meses, sentou-se aos oito meses, manteve-se na posição de pé aos 10 meses e iniciou a marcha aos 17 meses. No que se refere ao desenvolvimento da linguagem, emitiu os primeiros sons aos nove meses, as primeiras palavras por volta dos 18 meses e a composição de frases aos dois anos e meio.

Atualmente, o D é um indivíduo com alguma linguagem verbal mas pouco comunicativo que não inicia nem mantém uma conversa com os seus colegas ou com os profissionais do CAO. Relaciona-se pouco com os colegas e profissionais evitando contacto físico e contacto ocular. Possui uma postura robusta, a sua marcha é ligeiramente descoordenada e direciona o olhar para o chão quando se desloca. Manifesta comportamentos repetitivos com os braços. O D nem sempre cumpre as regras que lhe são impostas no dia-a-dia.

1.1.5. Descrição do caso E

O E é um indivíduo do género masculino, tem 39 anos, tem um diagnóstico de Perturbação Geral do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (PGDSOE) e vive com os pais. O E nasceu de uma gravidez planeada e desejada. O seu primeiro sorriso foi dado com um mês de idade, não reagia à família e brincava sozinho mas não se interessava por brinquedos. Aos quatro meses mantinha a sua atenção a sons e segurava objetos. No que se refere ao desenvolvimento motor, sentou-se aos nove meses e iniciou a marcha aos dois anos e meio. Ao nível da linguagem, começou a falar aos dois meses e a falar aos nove meses. O E responde quando o chamam e compreende expressões, falas e pedidos. No entanto, não consegue manter uma conversa simples.

Atualmente, o E é um indivíduo com alguma linguagem verbal mas pouco comunicativo que não inicia nem mantém uma conversa com os seus colegas ou com os profissionais do CAO. Responde adequadamente a cumprimentos sociais mas relaciona-se pouco com os colegas e profissionais evitando contacto físico e contacto ocular. Possui uma postura muito tensa, demonstrando rigidez muscular em todo o corpo. Tem uma marcha coordenada e não apresenta comportamentos estereotipados. O E é uma pessoa calma e obediente que cumpre as regras e indicações que lhe são impostas.

1.1.6. Descrição do caso F

A F é um indivíduo do género feminino, tem 50 anos e apresenta um diagnóstico de PGDSOE. A nível familiar, vive com os pais e sabe-se que nasceu de uma gravidez não planeada.

Atualmente, a F é um indivíduo com linguagem verbal, comunicativo que por vezes inicia uma conversa com os seus colegas ou com os profissionais do CAO. Responde adequadamente a cumprimentos sociais, relaciona-se bem com os seus colegas e com os profissionais. Aceita o contacto físico com o outro e por vezes manifesta um contacto ocular escasso. A F é obesa o que limita a sua mobilidade e a realização de determinados movimentos. Não demonstra rigidez muscular, nem comportamentos estereotipados. A sua marcha é coordenada mas movimenta-se com lentidão. A F é uma pessoa calma e obediente que cumpre as regras e indicações que lhe são impostas.

1.1.7. Descrição do caso G

A G é um indivíduo do género feminino, tem 53 anos e apresenta um diagnóstico de autismo (síndrome de Kanner). A nível familiar a sua mãe encontra-se internada, pelo que tem uma tutora responsável por si. A G deu o seu primeiro sorriso com um mês de idade. Entre os três e cinco meses balanceava, segurou a cabeça aos cinco meses, adquiriu a posição de sentado aos sete meses, gatinhou aos 11 meses e iniciou a marcha aos 13 meses. Os primeiros sons emitidos foram aos 17 meses de idade.

Atualmente, a G é um indivíduo com linguagem verbal, comunicativo que é capaz de iniciar e manter uma conversa com os seus colegas ou com os profissionais do CAO. Manifesta por vezes ecolalia imediata e diferida, responde adequadamente a cumprimentos sociais mas relaciona-se pouco com os colegas evitando contacto físico e contacto ocular com os mesmos. Relaciona-se bem com os profissionais do CAO. A G possui uma postura curvada e é obesa o que limita a sua mobilidade e a realização de determinados movimentos. Não demonstra rigidez muscular, a sua marcha é coordenada mas movimenta-se com lentidão. Apresenta comportamentos estereotipados com os membros superiores. A G nem sempre cumpre as regras que lhe são impostas no dia-a-dia.

1.1.8. Descrição do caso H

H é um indivíduo do género feminino, tem 34 anos, um diagnóstico PDI e vive no lar da misericórdia da segurança social. O H tem um historial de não reagir às pessoas e de isolamento social quase completo até os cinco anos. Apresentava ausência de linguagem, movimentos estereotipados e auto agredia-se. Começou a estabelecer contacto físico com os outros pelos sete anos e quando o contrariavam, gritava. Manifesta pouco contacto ocular com os outros.

Atualmente, a H é um indivíduo com linguagem verbal, comunicativo que é capaz de iniciar e manter uma conversa com os seus colegas ou com os profissionais do CAO. Responde adequadamente a cumprimentos sociais e relaciona-se bem com os seus colegas e com os profissionais. Aceita o contacto físico com o outro e mantém o contacto ocular quando comunica com alguém. A H possui uma postura adequada, não demonstra rigidez muscular e a sua marcha é coordenada. Não apresenta comportamentos estereotipados. A H é uma pessoa calma e obediente que cumpre as regras e indicações que lhe são impostas.

2. Objetivos e atividades de estágio

Os objetivos gerais do presente estágio consistem na aprendizagem, e no treino e desenvolvimento de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade. No que se refere à intervenção psicomotora realizada com as crianças e adultos apresentados neste relatório como estudos de caso, os objetivos passam por averiguar se existem alterações positivas nas competências psicomotoras e no comportamento ao longo de sessões individuais ou de grupo em contexto de ginásio. De seguida, será apresentada a forma como decorreu a intervenção nas várias escolas no âmbito do estágio.

2.1. Intervenção psicomotora

A intervenção psicomotora decorreu no âmbito reeducativo e terapêutico com crianças, jovens e adultos com PEA. As crianças acompanhadas beneficiaram de intervenção em contexto de ginásio e de meio aquático e os adultos em contexto de ginásio, num âmbito expressivo através de música. As sessões de psicomotricidade em ginásio decorreram seguindo sempre a mesma estrutura base, constituída pelo aquecimento, pela fase fundamental e pelo retorno à calma. No primeiro momento da sessão foi realizado um

reconhecimento e mobilização das diferentes partes do corpo, sempre pela mesma ordem, desde a mobilização da cabeça até os pés, de modo a se estabelecer uma rotina e a memorização da sequência das ações motoras a realizar. Por vezes, esta atividade foi substituída pelo movimento demonstrado ao som de uma música que sugeria movimentos de partes do corpo. Na fase fundamental foram realizados jogos ou percursos, em que os objetivos traçados para cada criança e adulto no plano de intervenção foram trabalhados ao longo das sessões. Por fim, no retorno à calma foi realizado um momento de relaxação através de massagem com bola em todo o corpo, realizada pelo adulto à criança ou entre crianças, para que se trabalhassem aspetos associados à tonicidade, noção do corpo e lateralidade.

No contexto de dança e movimento expressivo as sessões mantiveram uma estrutura semelhante iniciando-se com o aquecimento com a mobilização das diferentes partes do corpo, seguindo-se a fase fundamental que consistiu em movimentar-se e expressar-se de acordo com a música, individualmente aos pares ou em grupo. Por fim, o retorno à calma com movimentos lentos e alongamentos de diferentes partes do corpo. Nesta fase utilizou-se o paraquedas, mobilizando-o todos em conjunto com movimentos calmos. Como ritual de saída o grupo tinha que inspirar profundamente e expirar acompanhando a respiração com o movimento dos braços. No inspirar levantavam os braços e no expirar deixavam os braços e o corpo penderem para a frente, relaxando assim todo o tronco e membros superiores.

No meio aquático as sessões seguiram a mesma estrutura que as sessões em ginásio. O aquecimento realizou-se com os alunos sentados na borda da piscina, realizando alguns batimentos de pernas, seguindo-se a entrada na piscina de forma ordenada e batimento das pernas em decúbito ventral apoiando-se com as mãos na borda da piscina e a realização de algumas atividades em roda. Na fase fundamental foram realizados deslocamentos na água e dinamizadas atividades ou jogos em grupo, tendo-se sempre em conta os objetivos de intervenção no que concerne à adaptação ao meio aquático, ao perfil psicomotor e ao comportamento. No final de cada sessão foram realizadas atividades de relaxação e como ritual de saída, todos os alunos colocavam-se em fila, e passavam por dentro de um arco, dirigindo-se para as escadas.

Quanto à avaliação, foram utilizadas grelhas de avaliação na EB1/Santos Mattos e no CAO, onde a estagiária dinamizou as sessões de acordo com os itens a avaliar em cada criança e adulto e realizou o preenchimento das referidas grelhas. De seguida, será apresentado o funcionamento das sessões de psicomotricidade com as crianças e jovens das UEEA das diferentes escolas e com os adultos do CAO.

2.1.1. EB1/Santos Mattos

Nesta escola foram acompanhadas seis crianças com as quais foram realizadas sessões individuais no ginásio uma vez por semana e uma sessão de grupo na piscina também uma vez por semana. As sessões no ginásio tiveram uma duração de 30 minutos cada e as da piscina uma duração de 45 minutos. Todas as sessões do ginásio foram planeadas pela estagiária e foram realizadas às quintas-feiras com supervisão da psicomotricista, enquanto apenas algumas das sessões da piscina foram planeadas pela mesma estagiária, sendo as restantes da responsabilidade da técnica do CRI. Todas as sessões do ginásio seguiram a mesma estrutura que consistiu em iniciar com o aquecimento, com o objetivo de reconhecer e mobilizar as diferentes partes do corpo, motricidade global e equilíbrio dinâmico e estático, seguindo-se a fase fundamental, onde foram realizadas atividades tendo em conta os objetivos de intervenção. No final foi realizado um retorno à calma através da relaxação. Os materiais disponíveis no ginásio eram bolas de diferentes tamanhos, arcos, cordas, pinos, banco sueco, mesa, cadeira, bowling e um colchão.

A estrutura da sessão na piscina foi sempre mantida, iniciando-se pelo aquecimento com os alunos sentados na borda da piscina, realizando alguns batimentos de pernas,

seguindo-se a entrada na piscina de forma ordenada e a realização de algumas atividades em roda (colocar a boca e toda a cara na água, inspirar pelo nariz e expirar pela boca submersa, soprar um brinquedo flutuante na água entre crianças, flutuar, submergir o corpo na vertical uma ou várias vezes, rápida ou lentamente). De seguida eram realizados vários deslocamentos na água e depois dinamizados jogos em grupo, tendo-se sempre em conta os objetivos de intervenção no que concerne à adaptação ao meio aquático, ao perfil psicomotor e ao comportamento. No final de cada sessão foram realizadas atividades de relaxação e como ritual de saída, todos os alunos colocavam-se em fila, e passavam por dentro de um arco, dirigindo-se para as escadas. Os materiais disponíveis eram pranchas, rolos de esponja, bolas de diversos tamanhos, bonecos de plástico, argolas, arcos, um colchão e um cesto de basquetebol.

2.1.2. EB2,3/Alfornelos

Nesta escola, as sessões realizaram-se com um grupo de sete alunos com PEA. As sessões ocorreram uma vez por semana na sala e na piscina de Alfornelos, sendo da responsabilidade da estagiária todas as sessões de sala e algumas da piscina. Todas as sessões foram supervisionadas pela psicomotricista do CRI. As sessões na sala e na piscina seguiram a mesma estrutura descrita anteriormente. Com os alunos desta escola, as atividades realizadas foram mais complexas, como por exemplo jogos de equipa com mais regras. Nos jogos realizados procurou-se promover a interação e colaboração entre os alunos e que cada um respeitasse o outro e esperasse pela sua vez. Para a intervenção na sala tinha disponível bolas de diversos tamanhos, arcos, cordas, pinos, cadeiras, balões e o quadro. Na piscina os materiais disponíveis eram pranchas, rolos de esponja, bolas de diversos tamanhos, bonecos de plástico, argolas, arcos, um colchão e um cesto de basquetebol.

2.1.3. EB2,3/Delfim Santos

Nesta escola foram acompanhados sete alunos com sessões de pares e uma sessão de grupo uma vez por semana. As sessões de grupo foram da responsabilidade da estagiária e supervisionadas pela técnica de psicomotricidade do CRI.

As sessões de pares consistiram no aquecimento e numa atividade que podia ser em percurso ou em jogos de regras. Visto que nas sessões a pares já era trabalhada a psicomotricidade, as sessões de grupo incidiram mais sobre alguns aspetos de terapias expressivas, focando mais o nível da dança, expressão corporal e ritmos com instrumentos recicláveis. Deste modo, foi dada continuidade ao trabalho já realizado no ano anterior no âmbito das terapias expressivas. Estas sessões, à semelhança das anteriores, seguiram uma estrutura composta por três momentos: o aquecimento, a fase fundamental e o retorno à calma através de relaxação. O aquecimento foi realizado por vezes com base na coreografia de uma música que mencionava as diferentes partes do corpo. A fase fundamental baseou-se em atividades com música de modo a promover o movimento expressivo e com instrumentos de modo a trabalhar o ritmo de cada aluno. Foram também realizados jogos de regras e de interação social. Por fim, o retorno à calma consistiu numa massagem no corpo usando uma bola como objeto mediador do toque.

Em termos de material, foram disponibilizados colchões, bolas, arcos, cordas, pinos, balões, mesa, cadeira e quadro. O material necessário para reproduzir as músicas era levado pela estagiária.

2.1.4. EB1/JI Prista Monteiro

Nesta escola foram realizadas sessões individuais com setes crianças uma vez por semana com duração de 30 minutos. As sessões foram da responsabilidade da estagiária e foram realizadas autonomamente sem a supervisão direta da psicomotricista.

As sessões seguiram a mesma estrutura já descrita anteriormente, no entanto em alguns casos não foi possível executar o aquecimento devido às dificuldades de imitação

e irrequietude das crianças. Nestes casos a sessão iniciou-se pela fase fundamental essencialmente pela execução de percursos, sendo feitas adaptações de sessão para sessão de acordo com as necessidades de cada criança. No final, era realizado um retorno à calma através de uma massagem utilizando uma bola como objeto mediador do toque. Com as crianças que não se colocavam em decúbito dorsal, o retorno à calma realizou-se na posição de sentado.

Na sala de psicomotricidade encontravam-se disponíveis bolas, arcos, sacos de feijões, colchão, pinos, cordas, bowling, pés e mãos de borracha, números coloridos, mesa, cadeiras e quadro.

2.1.5. CAO da APPDA-Lisboa

As sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo realizaram-se uma vez por semana no ginásio da APPDA com um grupo de seis adultos com uma duração de 40 minutos. A estagiária foi responsável pela dinamização destas sessões sem a supervisão direta da psicomotricista. Estas sessões também foram compostas por três momentos: o aquecimento, a fase fundamental e o retorno à calma. A fase inicial, o aquecimento, foi idêntico ao realizado nas sessões com as crianças. Na fase fundamental foram realizadas atividades de movimento e expressão corporal sempre acompanhadas de música. No retorno à calma foram mobilizadas algumas partes do corpo calmamente e em conjunto movia-se o paraquedas. Como ritual de saída todos os indivíduos faziam três inspirações e expirações profundas. Os materiais utilizados foram bolas de diferentes tamanhos, arcos, pinos, fitas coloridas e paraquedas.

No CAO foram também acompanhados 14 indivíduos em sessões de psicomotricidade individuais com uma duração 15 minutos com o acompanhamento da psicomotricista. Estas sessões tiveram por base a realização de um percurso, com pequenas alterações e adaptações de sessão para sessão, em função das necessidades que os adultos iam demonstrando.

Os materiais disponíveis eram bolas de diferentes tamanhos, arcos, colchões, banco suco, cesto de basquetebol e caixas utilizadas como alvo.

2.2. Relação com outros profissionais e familiares

A participação da estagiária neste estágio curricular envolveu o contacto com outros profissionais para além da psicomotricista do CRI da APPDA. Desde os professores de ensino especial da UEEA às restantes técnicas do CRI, como terapeuta da fala e psicóloga, deu-se uma troca de informação sobre cada criança. Houve ainda contacto com os professores do ensino regular e com as famílias das crianças, embora esta proximidade tenha sido rara em todas as escolas, por falta de oportunidade para que tal acontecesse. No CAO, para além do contacto com cada adulto, houve também um contacto com os profissionais e auxiliares de cada sala responsáveis por cada indivíduo.

A troca de informação com outros técnicos e com as professoras de educação especial realizou-se de forma informal, principalmente nas UEEA entre as sessões e nos intervalos. Esta troca de informação permitiu um maior conhecimento geral de cada criança, jovem e adulto, dos seus comportamentos e desempenho nos vários contextos. O contacto com os profissionais permitiu também o debate sobre possíveis estratégias para promover o desenvolvimento e comportamento mais adequado da criança.

Foi possível ainda a participação numa reunião com os professores, técnicos e encarregados de educação no final do 3º período na EB1/JI Prista Monteiro. Esta reunião permitiu uma partilha ainda maior de informações entre as técnicas do CRI, os professores de educação especial e o encarregado de educação de cada criança quanto ao seu desempenho, possíveis evoluções e comportamentos da criança na escola e em casa. Na reunião assistida falou-se também de possíveis soluções para cada caso no ano letivo seguinte.

A relação estabelecida com os familiares foi rara pelo que não se deu uma troca de informação frequente com os pais de modo a informá-los sobre o comportamento e desempenho da criança ao longo das sessões de psicomotricidade. A única troca de informação possível aconteceu quando algum familiar ia levar a criança à escola, quando a ia buscar e aquando do preenchimento do perfil de comportamento de cada criança, em que foi possível perceber como os pais lidam com os comportamentos dos filhos.

Com as psicomotricistas do CRI realizaram-se reuniões ao longo do ano letivo de modo a partilhar o decorrer do estágio e expor possíveis dúvidas das estagiárias. Estas reuniões foram enriquecedoras pois permitiram uma troca e partilha de experiências vividas com um grupo heterogêneo de crianças, jovens e adultos.

3. Contextos de intervenção

A intervenção no âmbito do estágio decorreu ao nível da psicomotricidade no ginásio, no meio aquático e ao nível da dança e movimento expressivo. A intervenção psicomotora em ginásio realizou-se em sessões individuais com as crianças de 1º ciclo e em sessões de pares e de grupo com os alunos de 2º ciclo. As sessões individuais, com uma duração de 30 min, seguiram sempre a mesma organização que consistiu em iniciar a sessão com o aquecimento com a mobilização das várias partes do corpo, seguindo-se a fase fundamental com atividades de percursos com os diversos materiais disponíveis, e para finalizar um retorno à calma através da relaxação. As sessões de pares tiveram uma duração de 30 minutos e as de grupo 45 minutos. Nestas sessões realizaram-se jogos mais complexos ao nível de regras e da relação e interação com o outro. Os materiais utilizados nas sessões foram arcos, bolas de diferentes tamanhos, cordas, pinos, colchões e banco sueco.

No meio aquático a intervenção psicomotora realizou-se em grupo tanto no 1º como no 2º ciclo e as sessões tiveram uma duração de 40 minutos. As sessões seguiram sempre a mesma estrutura base, iniciando-se com o aquecimento na borda da piscina e dentro de água, seguindo-se a fase fundamental com atividades que envolvessem deslocamentos e a interação com os colegas, e por fim o retorno à calma. Na piscina os materiais disponíveis eram bolas, rolos, pranchas, arco, colchão e cesto de basquetebol.

Com os adultos a intervenção psicomotora foi inicialmente individual, mas após algumas sessões a psicomotricista achou por bem fazermos algumas sessões de pares ficando a estagiária com um adulto e a psicomotricista do CRI com outro. Deste modo, a estagiária tornou-se mais independente na sua intervenção com os adultos. Note-se que não foi possível realizar muitas sessões de pares pois o número de indivíduos capazes de as realizar foi muito restrito, visto que esta implicava uma maior atenção e concentração na informação que lhe era dada e abstração do que era dito ao par, implicava ainda ter a noção do outro e uma capacidade de relacionar-se com o mesmo para por exemplo ser capaz de lançar-lhe uma bola. Estas sessões tiveram a duração de 15 minutos quando individuais, quando realizadas em pares a duração foi de 20 a 30 minutos, conforme as capacidades de cada indivíduo. Estas sessões basearam-se sempre em percursos com diversos materiais que eram alterados pelo menos em parte de sessão para sessão. Os materiais disponíveis foram bolas de diferentes tamanhos, arcos, banco sueco, cesto de basquetebol e caixas utilizadas como alvo.

As sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo realizaram-se sempre em grupo no ginásio, no qual disponha de diversos materiais como bolas de diferentes tamanhos, arcos, bola de fitness, paraquedas, fitas coloridas e pinos. As sessões seguiram sempre a mesma estrutura, iniciando-se com o aquecimento com a mobilização das diferentes partes do corpo, seguindo-se a fase fundamental que consistiu em movimentar-se e expressar-se de acordo com a música, individualmente aos pares ou em grupo, utilizando por vezes os materiais disponíveis. Por fim, o retorno à calma com

movimentos lentos, alongamentos e com a mobilização conjunta do paraquedas. Como ritual de saída o grupo tinha que inspirar profundamente e expirar acompanhando a respiração com o movimento dos braços. No inspirar levantavam os braços e no expirar deixavam os braços e o corpo penderem para a frente, relaxando assim o tronco e membros superiores.

4. Calendarização das atividades e horário de estágio

Neste ponto será apresentado o cronograma de procedimento de estágio, o horário do trabalho de campo e a calendarização das sessões de psicomotricidade de todo o ano letivo.

4.1. Cronograma de procedimento de estágio

O cronograma seguinte refere-se à organização dos procedimentos práticos nas diferentes escolas e na APPDA em que ocorreu intervenção e dos procedimentos teóricos com a realização do presente relatório.

	2012			2013						2013/2014	2014
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Set - Fev	Mar
Definição dos locais de estágio											
Entrega dos pedidos de autorização aos agrupamentos											
Integração na equipa											
Observação e dinamização das sessões com a psicomotricista do CRI											
Avaliação inicial											
Elaboração do plano de intervenção											
Planeamento e dinamização de sessões											
Avaliação final											
Redação do relatório											
Revisão do relatório											
Entrega do relatório											

Tabela 3 - Cronograma geral das atividades de estágio

4.2. Horário de estágio

O horário de estágio apresentado de seguida foi elaborado de acordo com o número de horas previsto pelo Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais em conjunto com as psicomotricistas do CRI da APPDA. Ao criar o horário pretendeu-se proporcionar o contacto com indivíduos de várias faixas etárias e a intervenção em diferentes contextos. Assim, constam no horário 20 horas nos locais de estágio e em reunião com a orientadora, não sendo contabilizadas as deslocações. O horário distribuiu-se entre 2ª e 6ª feira e variou entre as 9h00 e as 16h30.

Horas	2ª Feira	3ª Feira	4º Feira	5ª Feira	6ª Feira
9:00 - 9:30	APPDA-Lisboa				EB2,3
9:30 - 10:00					Alfornelos
10:00 - 10:30		APPDA-Lisboa	EB1/JI Prista Monteiro (Telheiras)	EB1/Santos Mattos (Alfornelos)	EB1/Santos Mattos
10:30 - 11:00					
11:00 - 11:30					
11:30 - 12:00					
12:00 - 12:30					
12:30 - 13:00					
13:00 - 13:30			EB2,3/Delfim Santos (Laranjeiras)		APPDA-Lisboa
13:30 - 14:00					
14:00 - 14:30					
14:30 - 15:00					
15:00 - 15:30				Reunião de estágio (Orientadora FMH)	
15:30 - 16:00					
16:00 - 16:30					

Tabela 4 - Horário de estágio na APPDA-Lisboa

4.3. Calendarização das sessões

De seguida apresenta-se a calendarização das sessões de psicomotricidade do presente ano letivo com descrição do início e final da intervenção, das interrupções letivas e do número de sessões previstas e realizadas. Contabilizaram-se os momentos em que sendo horário de sessão a estagiária esteve presente, mas foram dinamizadas outras atividades (e.g., dinâmicas de final de ano). Algumas sessões não foram concretizadas devido à realização de visitas de estudo.

Local	Início	1ª Interrupção Natal	2ª Interrupção Carnaval	3ª Interrupção Páscoa	Fim	Nº de sessões previstas	Nº de sessões realizadas
EB1/Santos Mattos	13 Nov 2012	17-Dez-2012 a 2-Jan-2013	11-Fev-2013 a 13-Fev-2013	18-Mar-2013 a 1-Abr-2013	14 Jun 2013	G – 25 MA – 25	G – 28 MA – 20
EB2,3/Alfornelos	16 Nov 2012					G – 26 MA – 26	G – 23 MA – 25
EB2,3/Delfim Santos	16 Jan 2013				12 Jun 2013	19	18
EB1/JI Prista Monteiro	03 Abr 2013					11	11
APPDA-Lisboa	22 Out 2012				28 Jun 2013	30	30
APPDA-Lisboa (grupo)	20 Nov 2012					26	24

Tabela 5 - Calendarização das sessões de psicomotricidade

Notas: G – Ginásio, MA – Meio Aquático.

De referir que na EB1/Santos Mattos o número de sessões realizadas no ginásio foi maior do que o número previsto visto que, enquanto não foi possível iniciar as sessões no meio aquático devido a falta de transporte, as sessões realizaram-se no ginásio.

5. Processo de intervenção

De seguida será apresentada a intervenção psicomotora realizada com os casos da EB1/Santos Mattos e do CAO da APPDA, tal como o planeamento de intervenção, os instrumentos utilizados, as condições de avaliação, os resultados e a análise dos resultados do processo de intervenção e sugestões de continuidade à intervenção.

5.1. Planeamento da intervenção

O planeamento da intervenção apresenta-se na tabela seguinte, na qual constam os momentos de avaliação inicial e final, tal como o momento da aplicação da checklist de autismo às duas crianças, preenchimento do perfil de comportamento pelo encarregado de educação de cada criança e a aplicação do protocolo de observação para sessões de psicomotricidade ao grupo de adultos que realizou-se no final de cada mês de intervenção. De referir que os momentos do planeamento de intervenção ocorreram no mesmo período entre os estudos de caso individuais e o de grupo.

	Ano letivo 2012/1013							
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Integração na equipa								
Avaliação inicial								
Aplicação da Checklist Autismo								
Aplicação do Protocolo de Observação para sessões de psicomotricidade								
Preenchimento do perfil de comportamento (encarregado de educação)								
Elaboração do plano de intervenção								
Intervenção psicomotora								
Realização dos planos e relatórios de sessão								
Avaliação final								
Avaliação dos resultados								
Conclusões finais de intervenção								

Tabela 6 - Cronograma das atividades de estágio na EB1/Santos Mattos e no CAO

As sessões na EB1/Santos Mattos iniciaram-se a 13 de Novembro de 2012 e terminaram no dia 14 de Junho de 2013. No total foram realizadas 28 sessões individuais com as crianças. Num primeiro momento deu-se a integração na equipa e as primeiras cinco sessões foram essencialmente de observação, nas quais ocorreu o primeiro contacto com cada criança iniciando-se a construção de uma relação de confiança com as mesmas. As quatro sessões seguintes foram destinadas à avaliação inicial que foi realizada com base em atividades de caráter lúdico e semelhantes às que a criança já estava habituada de modo a que a mesma se sentisse à vontade. Nas 16 sessões seguintes decorreu a intervenção psicomotora que teve como base o plano de intervenção de cada criança. Nas últimas três sessões realizou-se a avaliação final com vista a observar possíveis progressos no perfil psicomotor e comportamental. No momento inicial aplicou-se a

checklist de autismo de modo a completar a informação e avaliar as dificuldades de cada criança. O perfil de comportamento foi também preenchido pelos encarregados de educação e professores da UEEA de modo a perceber o comportamento de cada criança em casa e na escola.

As sessões com o grupo de adultos no CAO iniciaram-se a 20 de Novembro de 2012 e terminaram a 28 de Junho de 2013. No total foram realizadas 24 sessões. As primeiras quatro sessões foram realizadas com o intuito de observar, conhecer e perceber cada indivíduo ao nível as suas capacidades psicomotoras e sociais. Estas sessões serviram também para a adaptação de todos os elementos do grupo e para o estabelecimento de relação entre si. Nas duas sessões seguintes procedeu-se a avaliação inicial seguindo a mesma estrutura e atividades semelhantes às das sessões anteriores. A intervenção decorreu em 16 sessões tendo como base o plano de intervenção do grupo e também dificuldades individuais evidenciadas pelos elementos do grupo. Nas últimas duas sessões realizou-se a avaliação final de modo a observar possíveis evoluções nas competências dos indivíduos do grupo. No referido grupo a aplicação do protocolo de observação para sessões de psicomotricidade ocorreu na última sessão de cada mês de intervenção, pelo que registou-se seis momentos de observação.

5.2. Avaliação

A avaliação é fundamental na intervenção psicomotora pois é através dela que se estabelece um plano de intervenção com os objetivos a desenvolver com cada indivíduo no processo de intervenção. A avaliação permite-nos posteriormente verificar evoluções do indivíduo a nível psicomotor, cognitivo e comportamental.

5.2.1. Instrumentos de avaliação

Para a avaliação das crianças foi utilizada a Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental (GOPPC), grelha esta adaptada pelas psicomotricistas do CRI. A Checklist de Autismo (CA) foi traduzida e aplicada também às crianças de modo a complementar a informação sobre cada uma, percebendo melhor quais as suas necessidades e dificuldades.

Com o grupo de adultos foi utilizada a Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT) adaptada com base na escala de avaliação Laban Movement Analysis (LMA) adaptada “freedom to move” e o Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade (POSP).

5.2.1.1. Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental (GOPPC)

Esta grelha de observação foi inicialmente construída pelas psicomotricistas do CRI e tem vindo a ser utilizada em período experimental e revista ao longo dos anos em colaboração com estagiárias da Faculdade de Motricidade Humana. Assim, a grelha apresentada neste estágio teve como base vários instrumentos de avaliação que avaliam: o desenvolvimento psicomotor da criança – Bateria Psicomotora (Fonseca, 2007b), Exploración Psicomotriz (Ortega & Obispo, 2007); o desenvolvimento infantil em diversas áreas de competências – Schedule of Growing Skills II (Bellman, Lingam, & Aukett, 2003), Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths – Extensão Revista -Dos 2 aos 8 anos (Barnard et al., 2007); o desenvolvimento motor da criança – Body Skills: A Motor Development Curriculum for Children (Werder & Bruininks, 1988); o desenvolvimento de crianças com autismo: *Psychoeducational Profile Revised – PEPR* (APPDA-Lisboa, s/d-b; Schopler, Reichler, Bashford, Lansing, & Marcus, 1990); *Psychoeducational Profile Third Edition – PEP-3* (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing, & Marcus, 2004). Peabody Developmental Motor Scale (Folio & Fewell, 2000) e L’ Examen Psychomoteur: Enfants à partir de 6 ans (Leplat, 2005).

A GOPPC envolve vários itens de modo a traçar um perfil psicomotor (84 itens) e um perfil de comportamento (46 itens), estando cada um subdividido em domínios e

subdomínios. O perfil psicomotor envolve os sete fatores psicomotores, nomeadamente tonicidade (1 item); equilibração - equilíbrio estático (5 itens) e equilíbrio dinâmico (19 itens); lateralização - dominância lateral (4 itens); noção do corpo (7 itens); estruturação espaço-temporal/imitação (9 itens); praxia global - motricidade global (5 itens), coordenação óculo-pedal (7 itens) e coordenação óculo-manual (17 itens); competências cognitivas/noções espaciais (10 itens). O perfil de comportamento inclui a relação interpessoal (15 itens); ambiente/material (10 itens); sensorial (7 itens); linguagem e comunicação (8 itens); outros comportamentos (6 itens). De referir que a praxia fina não foi avaliada nas crianças visto que as mesmas trabalhavam esse domínio na UEEA e as professoras afirmaram não ser necessário focar esse domínio, dando mais importância aos restantes domínios na intervenção.

A cotação de ambos os perfis é realizada com base em três níveis de desempenho. No perfil psicomotor os níveis são “sucesso” quando a atividade é realizada com sucesso, “emergente” quando parte da atividade é realizada necessitando de ajuda ou de demonstrações, ou “falha” quando a atividade não é realizada mesmo com ajuda ou após demonstrações. No perfil de comportamento os níveis de classificação são “adequado” quando o comportamento é adequado para a idade, “ligeiro” quando o comportamento é ligeiramente ou moderadamente desadequado, e “severo” quando a qualidade, intensidade e manifestações do comportamento são claramente exageradas e perturbadoras. No caso de determinado item não ser cotado, deve ser assinalada a sua causa podendo ser cotado como “não observado” quando o item não é observado por motivos diversos ou “não verbaliza” quando a criança não tem comunicação verbal.

Cada item da grelha apresenta uma descrição detalhada, o que permite que a avaliação por observação direta seja mais rigorosa. Esta descrição foi realizada tendo em conta dados referentes aos vários instrumentos de avaliação. Assim sendo, para os itens do perfil psicomotor, é indicado o material necessário, a tarefa e procedimentos na sua aplicação e critérios de cotação do item. Nos itens do perfil de comportamentos, apresentam-se observações a ter em conta na avaliação e os critérios a considerar na sua cotação. A descrição detalhada de cada item da grelha de avaliação deve ser sempre consultada durante o seu preenchimento e, após cotação do item, se pertinente, devem ser adicionadas observações no respetivo espaço reservado.

A GOPPC foi aplicada no início e no final da intervenção psicomotora. A parte da grelha relativa ao perfil de comportamento foi ainda preenchida pelos pais e pelas professoras da UEEA para cada criança, para que se pudesse compreender melhor o comportamento das crianças em diferentes contextos (ginásio, unidade e casa). A informação recolhida complementou os dados observados no decurso das sessões, não sendo o tratamento dos dados apresentado em separado.

5.2.1.2. Checklist de Autismo (CA)

A Checklist de Autismo foi construída por Glynis Hannel, e traduzida pelas estagiárias da APPDA no presente ano letivo, com o objetivo de caracterizar de forma mais aprofundada os indivíduos com PEA, obtendo um perfil mais completo de cada criança e jovem. A CA avalia as dificuldades, comportamentos e habilidades do indivíduo com autismo, abrangendo 56 itens subdivididos em 7 domínios, nomeadamente dificuldades na comunicação não-verbal (9 itens); dificuldades na empatia social e emocional (17 itens); dificuldade em compreender o comportamento social adequado (3 itens); dificuldades na comunicação (12 itens); maneirismos físicos não usuais (7 itens); interesses inflexíveis e adesão a rotinas (6 itens); e “ilhas” de memória ou habilidades excecionais (2 itens).

A cotação é realizada com base numa escala de classificação de 4 níveis de dificuldade, representada numericamente de 0 a 3 em que “0” significa de modo nenhum, não se aplica; “1” corresponde a ligeiro, por vezes observado, aplica-se em certa medida; “2” corresponde a moderado, muitas vezes observado, aplica-se certamente; e “3” equivale a severo, frequentemente observado, aplica-se fortemente. No final da checklist, evidencia-

se um tópico onde é possível realizar observações ou comentários adicionais sobre a avaliação. A CA foi apenas utilizada no início da intervenção psicomotora, na avaliação inicial dos indivíduos.

5.2.1.3. Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT)

Esta escala consiste num instrumento de observação, que fornece dados relativos às características disruptivas da personalidade em atividades, que serão trabalhadas em terapia (Coppenolle, Simons, et al., 1989). Inicialmente, vários investigadores de diferentes áreas científicas definiriam 213 objetivos para esta escala. Posteriormente, e através de uma análise mais detalhada os números dos objetivos foi reduzido e dividido por nove categorias, importantes para os pacientes: 1) relações emocionais; 2) autoconfiança; 3) tipo de atividade; 4) relaxação; 5) controlo motor; 6) concentração; 7) expressão corporal; 8) comunicação verbal; e 9) capacidade de regulação social (Coppenolle, Simons, et al., 1989). Numa segunda fase, estes objetivos foram operacionalizados em itens de observação, sendo assim cada objetivo uma característica comportamental a observar. Por cada item da escala, a pontuação estabelecida varia de -3 a 3, indicando uma extremidade um comportamento excessivamente perturbado e a outra extremidade um comportamento oposto, mas também ele perturbado. A pontuação mediana, isto é o 0, corresponde ao comportamento não perturbado relativamente ao item em questão (Coppenolle, Simons, et al., 1989).

O comportamento do indivíduo durante as atividades pode ser explicado pela natureza da situação de movimento em si. Desta forma, devem existir várias atividades para poderem ser consideradas representativas de diferentes tipos de movimentos, e não podem ser demasiado violentas ou requerer demasiadas capacidades motoras. As atividades devem ser utilizadas como situações de observação, para que os indivíduos sejam sempre cotados nas mesmas situações, de uma forma estandardizada e rigorosa. Por este motivo, os autores utilizaram situações de observação de movimentos com música, equilíbrio, badminton, hóquei, basquete e expressão de sentimentos através da mímica (Coppenolle, Simons, et al., 1989).

À escala mencionada anteriormente foram adicionados novos itens retirados da escala de avaliação Laban Movement Analysis (LMA) adaptada “freedom to move” (Dunph e Scott, 2003). A Escala Adaptada LMA “Freedom to Move”, é um instrumento de avaliação que pretende avaliar o progresso num programa com base na dança e expressão corporal. Esta avaliação compreende um conjunto de estratégias e objetivos para a modificação de comportamentos, sobre os quais se deve intervir, e que estão descritos na Laban Movement Analysis (LMA) (Dunphy e Scott, 2003). A Escala de Avaliação de LMA Adaptada “Freedom to Move”, é constituída por uma grelha de observação que tem como objetivo registar os dados observados de cada sessão por cada indivíduo individualmente. A grelha de observação foi adaptada aos mesmos moldes da escala de observação LOFPOT, portanto os itens foram avaliados também de -3 a +3.

A Escala de Avaliação de LMA “Freedom to Move” (Dunph e Scott, 2003), é constituída por nove domínios que subdividem-se em diversos itens. Alguns desses itens coincidem com os itens avaliados na LOFPOT e portanto foram escolhidos os itens que não constam na LOFPOT e acrescentados à mesma de modo a torná-la uma escala de avaliação mais completa para psicomotricidade, dança e movimento expressivo.

Os itens acrescentados foram o contato corporal com o outro, amplitude dos movimentos a nível superior (cabeça, ombros, braços, mãos), amplitude dos movimentos a nível central (abdominais, peito, pélvis, coluna vertebral), amplitude dos movimentos a nível inferior (pernas, joelhos, tornozelos, pés), utilização do espaço e sincronização rítmica das várias partes do corpo.

5.2.1.4. Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade (POSP)

O POSP (Fernández, 2008) inclui a avaliação da atitude geral do indivíduo durante a sessão (passiva, incipiente, básica, ativa, de liderança) e observações relacionadas com a capacidade de atender a instruções, decidir como jogar, tomar iniciativas, se manter numa situação lúdica sem se aborrecer ou recorrer à agressividade, ser autónomo, ter segurança em si, utilizar todo o tipo de materiais em qualquer sítio da sala. Considera também aspetos como a criatividade e imaginação, a capacidade de expressão corporal, a habilidade motora e a qualidade da execução. A capacidade de relacionar-se com os outros e de participar em atividades com outros elementos do grupo foi também observada.

Um aspeto que não se considerou pertinente no registo das sessões foi a avaliação do desenvolvimento geral do indivíduo a nível motor, intelectual, criativo, afetivo e social, por estes já serem avaliados de forma mais detalhada na LOFPOT adaptada.

Dado que Fernández (2008) não especifica critérios de cotação, considerou-se que os níveis correspondiam a uma escala de frequência com que o comportamento ocorria ou a capacidade era demonstrada. Deste modo a cotação verificou-se em 4 níveis, nomeadamente 1 – poucas vezes, 2 – algumas vezes, 3 – muitas vezes e 4 – frequentemente.

5.2.2. Condições de avaliação

A avaliação das crianças efetuou-se em dois momentos, um momento inicial e outro final. A avaliação inicial realizou-se em cinco sessões e a final em três sessões de 30 minutos cada. Antes das sessões de avaliação inicial a estagiária já havia observado cinco sessões de psicomotricidade realizadas pela técnica do CRI e já tinha interagido com as crianças avaliadas. Deste modo, foi-se criando uma relação entre a estagiária e cada criança o que facilitou o contacto entre as mesmas no momento de avaliação. A avaliação final realizou-se nos mesmo moldes que a inicial, seguindo os itens da grelha de observação e abordando-os de forma lúdica através de atividades com os materiais disponíveis. O preenchimento da checklist autismo efetuou-se no momento inicial antes da intervenção.

No que se refere ao grupo de adultos, a LOFPOT foi aplicada em dois momentos de avaliação, um inicial e um final em duas sessões cada momento. O preenchimento do protocolo de observação POSP foi realizado no momento inicial e no final de cada mês de intervenção, portanto foram feitos seis momentos de observação e preenchimento do protocolo.

As avaliações foram realizadas através de observação informal das sessões de psicomotricidade no ginásio com enfoque no nível psicomotor e comportamental de cada criança, e com enfoque na dança e movimento expressivo no grupo de adultos. As sessões seguiram sempre a mesma estrutura o que permitiu uma maior segurança e estabilidade do comportamento e desempenho das crianças e adultos.

De seguida serão apresentados os resultados referentes aos casos individuais de duas crianças que usufruíram de intervenção psicomotora em ginásio e posteriormente os resultados referentes ao grupo de adultos que usufruíram de sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo.

5.2.3. Resultados da avaliação inicial dos casos individuais

Neste ponto serão apresentados os resultados da avaliação inicial, com indicação das áreas fracas, intermédias e fortes de cada criança. Os Gráficos 1 e 2 resumem o perfil psicomotor e comportamental, apresentando para cada domínio ou subdomínio o somatório dos itens cotados como “sucesso”, “emergente” ou “falha”.

Caso A

De seguida apresenta-se o gráfico referente à avaliação inicial do perfil psicomotor e comportamental da A.

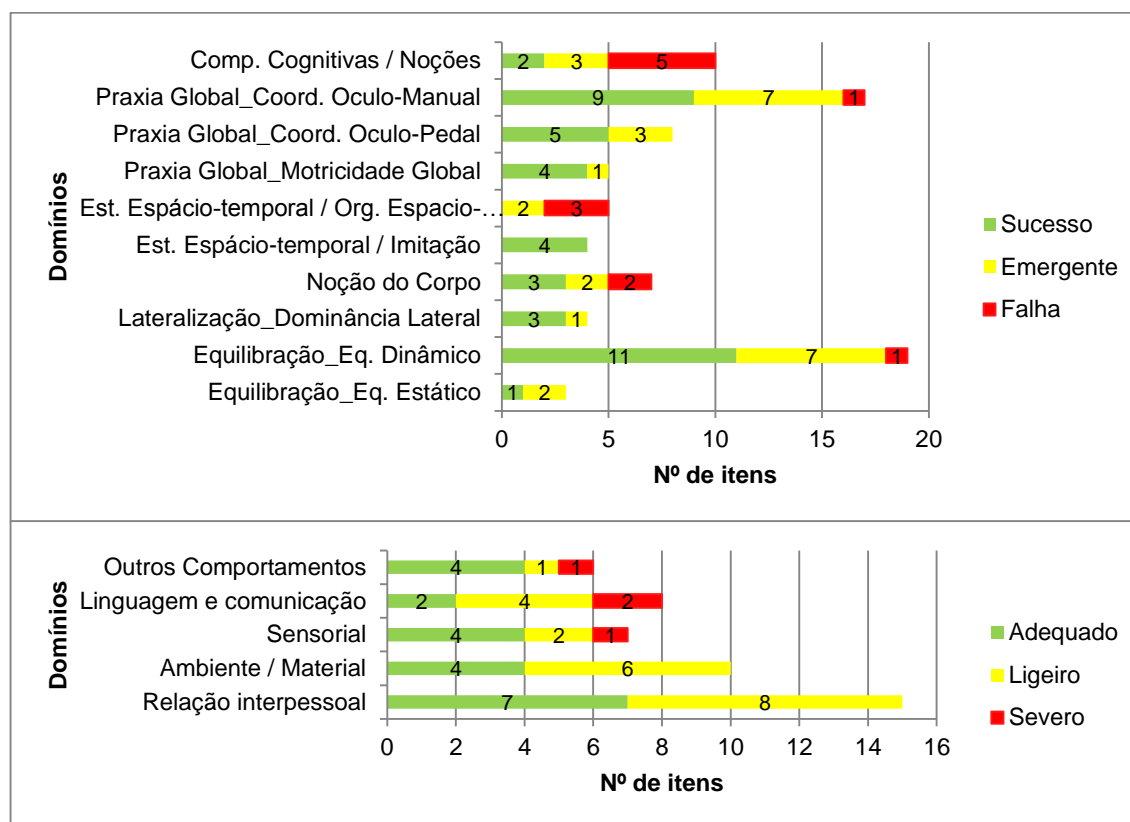


Gráfico 1 - Avaliação inicial do perfil psicomotor e de comportamento – Caso A

A nível psicomotor as áreas mais fracas da A foram ao nível da estruturação espaço-temporal – organização espaço-temporal e das competências cognitivas / noções espaciais. Nas competências cognitivas, a criança conseguiu identificar as 10 cores e associar objetos da mesma cor, no entanto demonstrou alguma confusão nas noções espaciais cima/baixo, dentro/fora e em identificar formas geométricas, os restantes itens desta área foram cotados como “falha”. No que se refere à estruturação espaço-temporal – organização espaço-temporal a criança demonstrou dificuldades em atirar uma bola a um alvo cumprindo o número de vezes que a mesma deve bater no chão e na adaptação do movimento ao ritmo rápido e lento e à ausência de ritmo, os restantes itens foram cotados como “falha”.

As áreas intermédias da A foram ao nível da equilibração (equilíbrio estático e dinâmico), da noção do corpo e da praxia global – coordenação óculo-pedal e coordenação óculo-manual. Ao nível do equilíbrio estático a criança conseguiu manter-se em apoio retilíneo mas demonstrou dificuldades nos restantes itens. No equilíbrio dinâmico não consegue atravessar a trave estreita para trás e apresenta dificuldades em saltar para baixo, saltar barreiras de 40cm, deslocar-se em apoio unipedal para trás, andar sobre uma linha para trás, atravessar o banco sueco para trás e a trave estreita de frente e de lado, necessitando de ajuda física para os executar. Ao nível da noção do corpo a criança é capaz de apontar e nomear partes do seu corpo e de montar a figura humana mas demonstra dificuldades nos restantes itens deste domínio. No que se refere à coordenação óculo-pedal tenta mas revela dificuldades em conduzir uma bola com os pés (numa zona

definida, em linha reta e contornando pinos) e na coordenação óculo-manual revela dificuldades em apanhar uma bola a uma distância de 2 metros, a lançar uma bola com as duas mãos por baixo, a lançar uma bola com uma mão por baixo e por cima, em encestar uma bola de ténis a uma distância de 1,5 e 2 metros e em driblar uma bola percorrendo uma linha reta. A criança não consegue driblar uma bola contornando pinos, sendo este item cotado como “falha” e os restantes deste subdomínio foram realizados com “sucesso”.

Como área forte destaca-se a lateralização, a estruturação espaço-temporal – imitação e a praxia global – motricidade global. A criança manifestou uma lateralização ocular, manual e pedal direita mas não manifestou uma clara dominância lateral auditiva. As atividades de imitação foram todas realizadas com sucesso e na motricidade global apenas demonstrou dificuldades no rastejar manifestando alguns movimentos descoordenados.

No que se refere aos comportamentos nota-se um equilíbrio entre os itens cotados como “adequado” e “ligeiro”. A linguagem e comunicação é a área onde a criança demonstra mais limitações, apresentando dois itens como “severo”. No domínio sensorial e outros comportamentos apresenta um item cotado como “severo”, demonstrando uma reação exagerada a sons e movimentos estereotipados. Os domínios relação interpessoal e ambiente / material são os que a criança demonstra um maior equilíbrio entre os itens cotados como adequado e ligeiro.

Caso B

De seguida apresenta-se o gráfico referente à avaliação inicial do perfil psicomotor e comportamental do B.

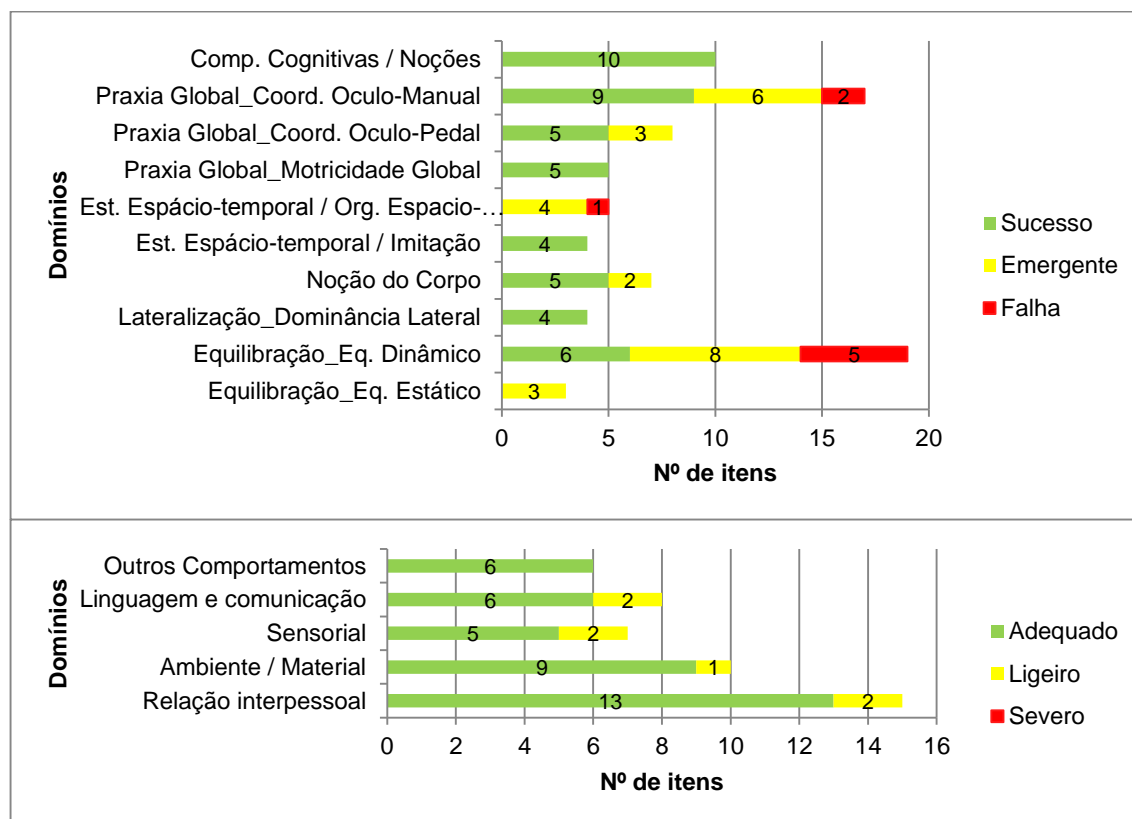


Gráfico 2 - Avaliação inicial do perfil psicomotor e de comportamento – Caso B

A nível psicomotor as áreas mais fracas do B foram ao nível da equilibração (equilíbrio estático e dinâmico) e da estruturação espaço-temporal – organização espaço-temporal. Ao nível do equilíbrio estático o B demonstrou dificuldades em manter-se em apoio retilíneo, nas pontas dos pés e em apoio unipedal, tendo necessitado de ajuda física para o fazer. No equilíbrio dinâmico, demonstrou ser capaz de saltar a pés juntos no local, para frente e para o lado, andar sobre uma linha para frente e no banco sueco para a frente e para o lado. A este nível demonstrou dificuldades em saltar para trás, saltar barreiras, saltar em apoio unipedal, andar sobre uma linha e no banco sueco para trás e na trave estreita para a frente. Os restantes itens a este nível foram cotados como “falha”. No que concerne à estruturação espaço-temporal – organização espaço-temporal a criança demonstrou dificuldades em todos os itens avaliados.

As áreas intermédias do B foram a noção do corpo, a coordenação óculo-pedal e óculo-manual. Ao nível da noção do corpo a criança demonstrou dificuldades em montar a figura humana e em reconhecer a direita e esquerda nos outros mas os restantes itens foram realizados com “sucesso”. No que diz respeito à praxia global ao nível da coordenação óculo-pedal a criança apresentou dificuldades em conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida, percorrendo uma linha reta e contornando os pinos mas conseguiu executar os restantes itens com “sucesso”. Na coordenação óculo-manual demonstrou dificuldades em lançar a bola com apenas uma mão e em driblar a bola. Os itens de driblar a bola percorrendo uma linha reta ou contornando os pinos foram cotados com “falha” e os restantes do referido domínio como “sucesso”.

As áreas fortes consideradas foram a lateralização, a estruturação espaço-temporal – imitação, a praxia global – motricidade global e as competências cognitivas / noções espaciais nas quais o B mostrou ser capaz de realizar todas as tarefas tendo obtido assim a cotação “sucesso” em todos os itens.

Ao nível dos comportamentos o B apresenta a maioria dos itens cotados como “adequado” demonstrando assim um bom comportamento no geral. No domínio outros comportamentos apresenta em todos os itens um comportamento adequado demonstrando que não é agressivo nem apresenta movimentos estereotipados.

5.2.4. Resultados da aplicação da checklist autismo nos casos individuais

A checklist de autismo foi aplicada na avaliação inicial de modo a conhecer melhor as competências e comportamentos de cada criança. Com o seu preenchimento constatou-se que a A apresenta diversas dificuldades nos vários domínios observados, mas essas dificuldades são mais acentuadas no domínio da empatia social e emocional e no domínio da comunicação. Relativamente ao B notou-se que apresenta mais dificuldades ao nível do domínio da comunicação, sendo que nos restantes domínios apresenta competências e comportamentos mais adequados. Deste modo, a checklist contribuiu para compreender melhor o desenvolvimento e o comportamento de cada criança ao longo das sessões desenvolvidas. No anexo J encontra-se o preenchimento da checklist de autismo para cada um dos casos.

5.2.4.1. Plano de intervenção dos casos individuais

A partir da avaliação inicial foram realizados os planos de intervenção para cada criança que se encontram no anexo H. Nestes, constam a avaliação inicial realizada, um gráfico com os dados obtidos e uma descrição dos resultados, como já apresentados anteriormente. Os objetivos de intervenção para cada domínio psicomotor e comportamental e um cronograma com as várias etapas de intervenção com a criança, avaliação e elaboração de planos e relatórios constam também no plano de intervenção. Por fim, cada plano inclui uma tabela relativa às estratégias de intervenção que devem ser tidas em conta na intervenção psicomotora, para que a criança fique motivada para as aquisições necessárias a um bom desenvolvimento, comportamento e aprendizagem e, assim, alcance os objetivos estabelecidos.

De seguida apresenta-se as tabelas com os objetivos de intervenção a nível psicomotor e comportamental estabelecidos para cada criança, seguindo-se algumas estratégias de intervenção sugeridas para melhorar o desempenho das crianças nas sessões.

Objetivos de intervenção a nível psicomotor para o caso A		
Tonicidade		- Descontrair voluntariamente os membros, perante mobilizações induzidas pela psicomotricista, podendo revelar ligeira insensibilidade ao peso dos membros e pequenos movimentos voluntários.
Equilibração	Equilíbrio estático	- Ser capaz de manter-se na ponta dos pés e em apoio unipedal.
	Equilíbrio dinâmico	- Saltar a pés juntos para baixo e sobre barreiras de 40cm de altura; saltar em apoio unipedal para trás; andar sobre uma linha para trás; atravessar o banco sueco para trás; atravessar o banco sueco (trave estreita) para a frente, de lado e para trás.
Lateralização		- Manifestar uma clara lateralização auditiva.
Noção do corpo		- Identificar partes do corpo do outro; reconhecer a direita e esquerda em si, nos objetos e nos outros.
Estruturação espaço-temporal	Organização espaço-temporal	- Percorrer uma distância dando o número de passos solicitado; atirar uma bola a um alvo, cumprindo o número de vezes que esta deve bater no chão; memorizar e reproduzir diferentes sequências rítmicas; adaptar o movimento ao ritmo rápido e lento e à ausência de ritmo; realizar a representação topográfica da sala.
Praxia global	Motricidade Global	- Melhorar a coordenação no rastejar.
	Coordenação óculo-pedal	- Conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida, percorrendo uma linha reta e contornando os pinos.
	Coordenação óculo-manual	- Apanhar uma bola a 2 metros de distância; lançar uma bola a um alvo com as duas mãos por baixo; lançar uma bola a um alvo com uma mão por cima e por baixo; encestar uma bola de ténis a 1,5 e 2 metros de distância; driblar uma bola percorrendo uma linha reta e contornando os pinos.
Competências Cognitivas/ Noções espaciais		- Adquirir as noções: cima/baixo; frente/atrás; dentro/fora; grande/pequeno; alto/baixo; longe/perto; identificar formas geométricas (quadrado, triângulo, círculo); reconhecer expressões faciais, sentimentos e emoções.

Objetivos de intervenção a nível comportamental para o caso A	
Relações interpessoais	- Iniciar interação verbal ou não verbal; reagir à voz do adulto, dando atenção pelo menos em determinados momentos; manter um contacto visual adequado durante a sessão; mostrar ter consciência da presença do outro; interagir com os pares para brincar, propor alguma atividade ou jogo; cumprimentar à chegada e à saída da sessão; participar em jogos, exceto se não é capaz ou não os compreende; mostrar consciência e ficar motivado com elogios.
Interação com o ambiente e os materiais	- Explorar o material da sala de forma adequada; organizar-se durante as atividades, mesmo sendo guiado e ajudado; mostrar alguma motivação por recompensas concretas; brincar sozinha, utilizando o espaço e material de forma adequada; recorrer a tentativa-erro para realizar tarefas e ultrapassar obstáculos; manifestar uma maior motivação e interesse para completar as tarefas com sucesso.
Reações a nível sensorial	- Reagir ao som de forma adequada; apresentar sensibilidade auditiva adequada; apresentar interesse menos excessivo por texturas, conseguindo parar o comportamento.
Linguagem e a comunicação	- Comunicar as suas necessidades, sendo encorajado para que tal aconteça; utilizar ecolália imediata com menos frequência; diminuir a utilização de uma linguagem inteligível ou de difícil compreensão; utilizar a linguagem de uma forma espontânea ou variada; manter uma conversação com mais que um interlocutor de forma adequada.
Outros comportamentos	- Diminuir comportamentos considerados estranhos para a sua idade e situações; diminuir estereotípias.

Tabela 7 - Objetivos de intervenção para o caso A

Objetivos de intervenção a nível psicomotor para o caso B		
Tonicidade		- Descontrair voluntariamente os membros, perante mobilizações induzidas pela psicomotricista, podendo revelar ligeira insensibilidade ao peso dos membros e pequenos movimentos voluntários.
Equilibração	Equilíbrio estático	- Ser capaz de manter-se em apoio retilíneo, na ponta dos pés e em apoio unipedal.
	Equilíbrio dinâmico	- Saltar a pés juntos para baixo e sobre barreiras de 20, 30 e 40cm de altura; saltar em apoio unipedal no local, para frente e para trás; andar sobre uma linha para trás; atravessar o banco sueco para trás; atravessar o banco sueco (trave estreita) para a frente, de lado e para trás.
Noção do corpo		- Montar a figura humana; reconhecer a direita e esquerda nos outros.

Estruturação espaço-temporal	Organização espaço-temporal	- Percorrer uma distância dando o número de passos solicitado; atirar uma bola a um alvo, cumprindo o número de vezes que esta deve bater no chão; memorizar e reproduzir diferentes sequências rítmicas; adaptar o movimento ao ritmo rápido e lento e à ausência de ritmo; realizar a representação topográfica da sala.
Praxia global	Coordenação óculo-pedal	- Conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida, percorrendo uma linha reta e contornando os pinos.
	Coordenação óculo-manual	- Apanhar uma bola a 2 metros de distância; lançar uma bola a um alvo com as duas mãos por baixo; lançar uma bola a um alvo com uma mão por cima e por baixo; encestar uma bola de ténis a 2 metros de distância; driblar uma bola percorrendo uma linha reta e contornando os pinos.
Objetivos de intervenção a nível comportamental para o caso B		
Relações interpessoais	- Parar uma atividade em resposta ao “não”; cumprimentar os outros à chegada e à saída de forma espontânea.	
Interação com o ambiente e os materiais	- Recorrer a tentativa-erro para realizar tarefas e ultrapassar obstáculos.	
Reações a nível sensorial	- Apresentar sensibilidade visual e auditiva sem dar atenção excessivamente.	
Linguagem e a comunicação	- Comunicar as suas necessidades, sendo encorajado para que tal aconteça; repetir palavras ou frases apenas se for pedido.	

Tabela 8 - Objetivos de intervenção para o caso B

Domínios a trabalhar	Estratégias de intervenção para os casos A e B
Desenvolver a relação criança-psicomotricista	- Criar situações que promovam o contacto ocular; (caso A) - Dinamizar com a criança jogos de imitação e que exijam jogar à vez.
Desenvolver a linguagem recetiva	- Utilizar uma linguagem simples e clara em frases curtas; - Utilizar gestos associados às palavras, para uma melhor compreensão por parte das crianças; - Utilizar um tom de voz que indique aceitação ou proibição de determinados comportamentos da criança, de forma a expressar e ajudar a criança a compreender os estados de ânimo do adulto.
Desenvolver a linguagem expressiva	- Promover situações em que a criança necessite de comunicar com a psicomotricista para desempenhar a tarefa; - Incentivar a criança a nomear objetos que suscitem o seu interesse ou que utiliza; - Proporcionar jogos que envolvam a expressão verbal entre a criança e a psicomotricista (por exemplo, através de canções) - Incentivar a expressão verbal acerca das atividades realizadas.

Melhorar o tempo de atenção	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar materiais do interesse da criança nas atividades realizadas, como jogos ou brinquedos; - Realizar várias atividades nas sessões, com um tempo de duração reduzido; - Realizar atividades que exijam que a criança esteja alerta e atenta aos movimentos do outro, como apanhar uma bola atirada após ouvir o seu nome.
Desenvolver comportamentos adequados durante a sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar o tempo e o espaço da sessão, para que também a criança se organize; - Manter a estrutura da sessão, possibilitando uma maior segurança e previsão dos acontecimentos, e gradualmente ir introduzindo as modificações necessárias; - As atividades devem acontecer de forma estruturada e mediatizada, havendo espaço para alguma exploração livre por parte da criança.
Realizar jogos com regras e promover interação social	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atividades com regras simples, para que a criança aprenda a respeitar e interiorizar as regras; (Caso A) - Realizar jogos de regras, para que a criança aprenda a respeitar e interiorizar as regras; (Caso B) - Criar situações que prevejam um compasso de espera, para que a criança aprenda a esperar pela sua vez, inibindo o seu comportamento impulsivo; - Promover jogos a pares, que envolvam ação partilhada, promovam o contacto ocular e a comunicação.
Melhorar o desempenho nas tarefas globais	<ul style="list-style-type: none"> - Executar a tarefa primeiro que a criança para que esta imite depois (demonstração), ou realizar a tarefa simultaneamente com a criança para que esta imite ao mesmo tempo (demonstração simultânea); - Guiar fisicamente a criança durante a realização de parte da tarefa (ajuda física parcial), ou guiar fisicamente a criança durante toda atividade (ajuda física total); - Dar instruções verbais, no início e durante a atividade, que indiquem de forma explícita, ou não, o que a criança deve realizar ou responder (ajuda verbal); - Ajudar a criança a realizar corretamente a atividade com o auxílio de pistas visuais; - Fornecer feedback verbal, para que a criança perceba se está a realizar a tarefa correta ou incorretamente e se poder corrigir. - Utilizar recompensas concretas, pelas quais a criança manifeste algum interesse e substitui-las gradualmente por reforços sociais, como elogios verbais e gestos de aprovação; - Retirar as recompensas mediante um comportamento desadequado.

Tabela 9 - Estratégias gerais de intervenção para os casos A e B

5.2.5. Resultados da avaliação final dos casos individuais

Neste ponto, serão apresentados os resultados da avaliação final, em comparação com a avaliação inicial, e apresentado para cada caso um gráfico resumo comparativo das referidas avaliações.

Caso A

De seguida apresenta-se o gráfico referente à avaliação inicial e final do perfil psicomotor e comportamental da A.

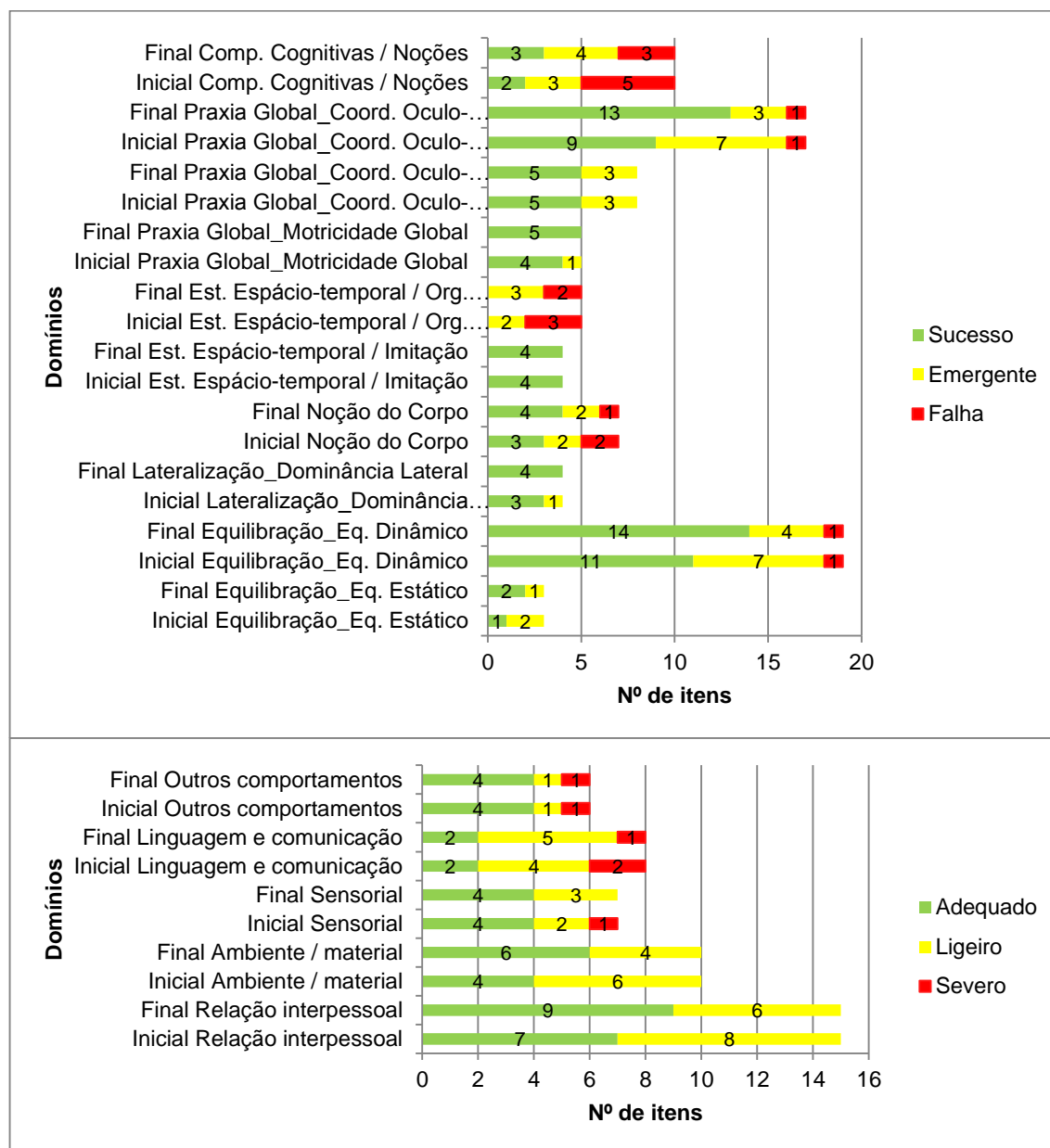


Gráfico 3 - Avaliação inicial e final – caso A

No domínio psicomotor tonicidade, a A manteve-se no nível eutónico, demonstrando adequados níveis de extensibilidade dos membros superiores e inferiores, e passividade mostrando ser capaz de relaxar os membros e extremidades perante mobilizações e oscilações induzidas pela estagiária.

No domínio equilíbrio, mais especificamente no equilíbrio estático a A conseguiu manter-se nas pontas dos pés sem ajuda o que demonstra alguma evolução, no entanto manteve a sua dificuldade em manter-se em apoio unipedal, necessitando de ajuda física para o fazer. No equilíbrio dinâmico, para além dos itens realizados com sucesso na

avaliação inicial, a criança conseguiu saltar a pés juntos para baixo, saltar barreiras de 40 cm e andar sobre uma linha para trás sem necessitar de ajuda. A criança continuou a não conseguir atravessar a trave estreita para trás e manteve a sua dificuldade em deslocar-se para trás em apoio unipedal, em atravessar o banco sueco para trás e em atravessar a trave estreita para frente e de lado.

No que se refere ao domínio da lateralização, ao nível da dominância lateral a A demonstrou uma lateralidade ocular, auditiva, manual e pedal direita. Ao nível da noção do corpo foi capaz de identificar as partes do corpo do outro, continuou a demonstrar dificuldades em reconhecer a direita e esquerda em si, nos objetos e nos outros.

Na estruturação espaço-temporal – imitação manteve o mesmo registo que na avaliação inicial, realizando todas as atividades de imitação com sucesso. A organização espaço-temporal continuou a ser a área em que a criança demonstra grandes dificuldades, mesmo assim nota-se uma evolução para “emergente” da estruturação rítmica, tendo conseguido reproduzir parte das estruturas rítmicas apresentadas. Os restantes itens mantiveram-se iguais entre os dois momentos de avaliação.

No domínio da praxia global, ao nível da motricidade global a criança obteve todos os itens cotados como “sucesso” tendo evoluído no rastejar, sendo capaz de o fazer com movimentos coordenados, alternando os movimentos dos braços e das pernas. Ao nível da coordenação óculo-pedal não se registaram quaisquer evoluções, a criança manteve a sua dificuldade em conduzir a bola nos limites de uma zona definida, percorrendo uma linha reta e contornando pinos. No que se refere à coordenação óculo-manual notou-se uma evolução no apanhar a bola a uma distância de 2 metros, no lançar a bola com duas mãos por baixo e com uma mão por baixo e por cima, tendo executado estes itens com sucesso. Neste subdomínio manteve as suas dificuldades em encestar uma bola de ténis a 1,5 e 2 metros de distância e em driblar uma bola percorrendo uma linha reta e contornando pinos.

No domínio das competências cognitivas/noções espaciais conseguiu adquirir as noções de cima/baixo. Por vezes identifica uma das noções frente/trás, dentro/fora e grande/pequeno mas demonstra alguma confusão. A criança manteve a sua extrema dificuldade em reconhecer as noções alto/baixo e longe/perto e em reconhecer expressões, sentimentos e emoções.

Quanto ao comportamento, na relação interpessoal o caso A evoluiu no que se refere à interação social e ao cumprimentar à chegada e saída das sessões. A criança manteve o seu comportamento ligeiramente desadequado na reação à voz do adulto, não olhando sempre que é chamada pelo nome, no contacto visual que por vezes não se manifesta, na consciência da presença do outro, pois a criança demonstra por vezes um contacto insuficiente com o adulto sendo necessário que o adulto inicie esse contacto, no brincar com os pares com os quais não inicia interação, na reciprocidade no jogo pois a criança não toma iniciativa de responder a determinados jogos, e a motivação por elogios, não reagindo por vezes aos mesmos.

No que se refere ao ambiente e material constataram-se evoluções na exploração do material e no comportamento durante as atividades. Ao nível sensorial o caso A evoluiu de comportamento “severo” para “ligeiro” na reação aos sons, mantendo os restantes iguais. Ao nível da linguagem e comunicação notou-se uma evolução de “severo” para ligeiro” no expressar necessidades, desejos e preferências. A criança manteve a sua grande dificuldade na utilização de pronomes. Por fim, os outros comportamentos mantiveram-se iguais entre a avaliação inicial e final, mantendo alguns comportamentos bizarros e estereotípias.

Caso B

De seguida apresenta-se o gráfico referente à avaliação inicial e final do perfil psicomotor e comportamental do B.

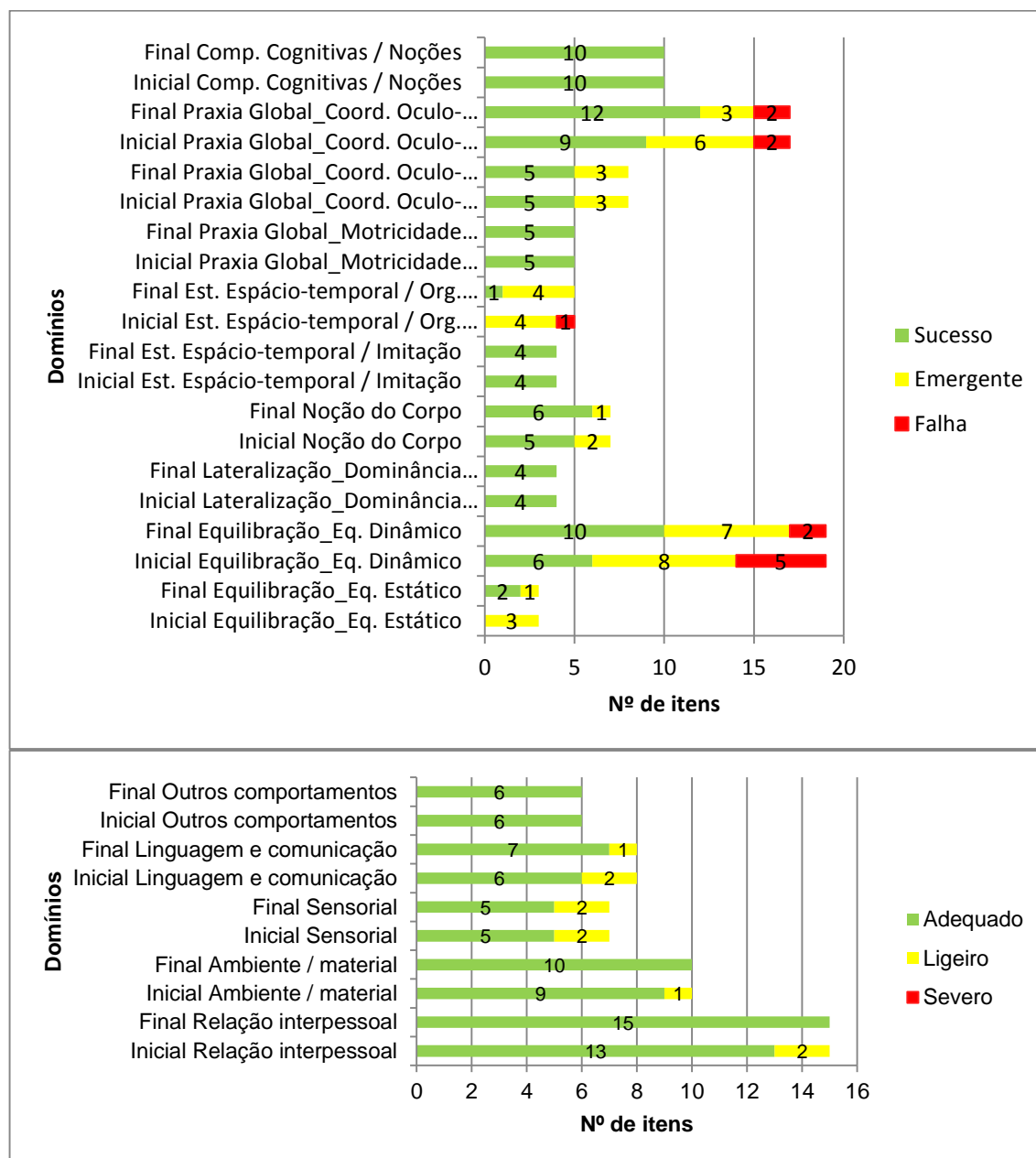


Gráfico 4 - Avaliação inicial e final – caso B

No domínio psicomotor tonicidade, o B manteve-se no nível eutónico, demonstrando adequados níveis de extensibilidade dos membros superiores e inferiores, e passividade mostrando ser capaz de relaxar os membros e extremidades perante mobilizações e oscilações induzidas pela estagiária.

No domínio equilíbrio, mais especificamente no equilíbrio estático, o B evoluiu tendo sido capaz de manter-se em apoio retilíneo e nas pontas dos pés. Para manter-se em apoio unipedal necessita da ajuda física da estagiária. No equilíbrio dinâmico notou-se

um esforço da criança para conseguir, mesmo que com ajuda física, saltar a pés juntos para baixo, deslocar-se com um só pé para trás e atravessar o banco sueco (trave estreita) de lado, itens estes que na avaliação inicial a criança não conseguiu executar. A criança evoluiu também e conseguiu com sucesso saltar barreiras a pés juntos de 20 e 30 cm, saltar com um só pé no local e deslocar-se com um só pé para frente. Os restantes itens mantiveram-se iguais entre a avaliação inicial e final.

No domínio lateralização, no que se refere à dominância lateral, a criança manifestou uma lateralidade ocular, auditiva, manual e pedal direita. Na noção do corpo a criança mostrou ser capaz de montar a figura humana sem necessitar de demonstração ou de um desenho base do boneco. Os restantes itens deste subdomínio mantiveram-se iguais, mantendo-se a dificuldade da criança em reconhecer a direita e esquerda nos outros.

Relativamente à estruturação espaço-temporal – imitação a criança foi capaz de realizar as atividades de imitação de ações do quotidiano, dos movimentos com os membros superiores, com os membros inferiores e dos movimentos combinados com sucesso. Na organização espaço-temporal, o B demonstrou uma grande evolução na estruturação rítmica. Enquanto na avaliação inicial a criança não havia sido capaz de reproduzir qualquer estruturação rítmica, na avaliação final foi capaz de fazê-lo tendo realizado este item com sucesso. Os restantes itens deste domínio mantiveram-se como “emergentes” sendo uma das áreas em que o B demonstra mais dificuldades.

No domínio praxia global, ao nível da motricidade global a criança manteve todos os itens cotados como “sucesso” demonstrando uma boa coordenação geral dos movimentos. Ao nível da coordenação óculo-pedal não se registaram quaisquer evoluções, a criança manteve a sua dificuldade em conduzir a bola nos limites de uma zona definida, percorrendo uma linha reta e contornando pinos. Na coordenação óculo-manual é de referir uma evolução no lançar a bola com duas mãos por baixo e com uma mão por baixo e por cima, tendo executado estes itens com sucesso. Neste subdomínio manteve as suas dificuldades em apanhar uma bola a uma distância de 2 metros, encestar uma bola de ténis a 2 metros de distância e em driblar uma bola percorrendo uma linha reta e contornando pinos.

Por fim, no domínio das competências cognitivas/noções espaciais, o B manteve o sucesso em todos os itens, demonstrando o seu conhecimento das diferentes noções espaciais avaliadas, das cores, formas geométricas e expressões de sentimentos.

Quanto ao comportamento, o B evoluiu no domínio da relação interpessoal e do ambiente / material, tendo obtido todos os itens cotados como “adequado” na avaliação final. Ao nível sensorial, manteve as mesmas dificuldades ao nível da sensibilidade visual e auditiva, não tendo sido registada nenhuma evolução. Na linguagem e comunicação evoluiu para “adequado” no item de expressar as suas necessidades, desejos e preferências, tendo mantido a sua ecolália imediata. O domínio referente a outros comportamentos manteve em todos os itens um comportamento adequado. No geral o B apresenta um perfil comportamento adequado.

5.2.6. Resultados do processo de intervenção dos casos individuais

Neste ponto será apresentada uma síntese da evolução de cada estudo de caso no decorrer da intervenção psicomotora. A tabela seguinte apresenta a evolução das áreas fortes, intermédias e fracas para cada criança, sendo possível verificar em que domínios ocorreram mais evoluções. Os domínios que se encontram a negrito progrediram de uma área fraca ou intermédia para uma área intermédia ou forte. Posteriormente, apresenta-se uma análise do desempenho e progressos de cada criança no decorrer das sessões de psicomotricidade.

Estudos de caso		Avaliação final
Caso A	Áreas fortes	Equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, lateralização, estruturação espaço-temporal – imitação, praxia global – motricidade global, coordenação oculo-manual.
	Áreas intermédias	Noção do corpo, praxia global – coordenação oculo-pedal,
	Áreas fracas	Estruturação espaço-temporal – organização espaço-temporal, competências cognitivas.
Caso B	Áreas fortes	Equilíbrio estático, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal – imitação, praxia global – motricidade global, coordenação oculo-manual, competências cognitivas
	Áreas intermédias	Equilíbrio dinâmico, praxia global – coordenação oculo-pedal.
	Áreas fracas	Estruturação espaço-temporal – organização espaço-temporal.

Tabela 10 - Avaliação final dos estudos de caso A e B

Caso A

A A evoluiu de forma positiva nos diversos domínios avaliados à exceção da praxia global – coordenação óculo-pedal que manteve-se igual entre a avaliação inicial e final. As áreas fortes da A mantiveram-se tendo-se observado evolução em alguns itens das mesmas. Após intervenção a criança obteve todos os itens cotados como “sucesso” ao nível da dominância lateral e da motricidade global. Nos domínios equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico e praxia global – coordenação óculo-manual registou-se uma maior evolução, tendo estes evoluído para áreas fortes da criança. As áreas fracas da A mantiveram-se mas notou-se evolução em pelo menos num dos itens avaliados.

A A manifestou uma boa adaptação e participação ao longo das sessões de psicomotricidade, realizando as diversas atividades propostas com interesse. Demonstrou uma boa capacidade de concentração e de compreensão do que lhe era pedido. Mesmo assim, por vezes foi necessário demonstrações para executar algumas tarefas. A criança revelou uma alguma instabilidade psicomotora revelando excesso de atividade, alguma impulsividade, dificuldades de coordenação e na precisão dos movimentos. Por vezes manifestou comportamentos estereotipados como abanar as mãos e os braços e dar saltos essencialmente na fase inicial da sessão sendo necessário pedir que parasse com a palavra “stop”. Ao dizer esta palavra a criança parava de imediato e retomava as mobilizações das diferentes partes do corpo no aquecimento. No resto da sessão tais comportamentos não se verificavam ou verificavam-se com pouca frequência. Quando a criança não conseguia realizar alguma tarefa após várias tentativas demonstrou-se um pouco revoltada e afastava o material recusando-se a tentar novamente. Esta reação diminuiu ao longo da intervenção, a A evoluiu no sucesso das diversas tarefas e na capacidade do controlo das emoções aquando dificuldades nas tarefas, persistindo para que as conseguisse realizar. No início da intervenção a A demonstrou-se muito sensível aos sons recusando atividades que envolvessem driblar a bola de basquetebol devido ao som que emitia. Ao longo das sessões a criança tornou-se mais tolerável ao som e conseguiu realizar atividades que envolvessem o driblar a bola sem colocar as mãos nos ouvidos. A A manifestou apreciar o retorno à calma demonstrando uma boa capacidade de relaxar todos os músculos do corpo.

Caso B

O B evoluiu de forma positiva nos diversos domínios avaliados à exceção da praxia global – coordenação óculo-pedal que manteve-se igual entre a avaliação inicial e final. As áreas fortes do B mantiveram-se, tal como na avaliação inicial, com todos os itens cotados como “sucesso”. Nos domínios equilíbrio estático, noção do corpo e praxia global – coordenação óculo-manual registou-se uma maior evolução, tendo estes evoluído para áreas fortes da criança. Também ao nível do equilíbrio dinâmico notou-se um boa evolução tendo passado para área intermédia. Deste modo, após intervenção a única área fraca da criança foi ao nível da estruturação espaço-temporal – organização espaço-temporal, mesmo que tenha sido registado uma grande evolução no item estruturação rítmica, que evoluiu de “falha” para “sucesso”.

O B manifestou uma boa adaptação e participação ao longo das sessões de psicomotricidade, realizando as diversas atividades propostas com interesse. Demonstrou uma boa capacidade de concentração e de compreensão do que lhe era pedido. Mesmo assim, por vezes foi necessário demonstrações para executar algumas tarefas. Após algumas sessões a criança percebeu a estrutura base das mesmas e quando entrava no ginásio já sabia que a primeira atividade a ser executada era o aquecimento. A criança ao longo das sessões foi decorando a sequência das mobilizações com as diferentes partes do corpo e, aproximadamente após dois meses de intervenção, a mesma realizava o aquecimento sozinha sem ser necessário as instruções da psicomotricista. Conforme a criança ia realizando os movimentos era-lhe pedido que mencionasse verbalmente o que estava a fazer, dizendo o movimento, a parte do corpo e o lado do corpo. Em algumas sessões iniciais da intervenção, o B manifestou o comportamento de atirar-se ao chão enquanto rodava os braços no aquecimento, por vezes foi necessário que a psicomotricista o ajudasse a levantar com as mãos pois o mesmo demonstrava que não queria sair do chão mesmo após pedido para o fazer. Com o decorrer das sessões este comportamento foi diminuindo.

A criança demonstrou-se persistente e interessada em conseguir realizar as tarefas com sucesso. Quando não conseguia fazê-lo sozinha, pedia ajuda de forma verbal à psicomotricista. Esta ajuda foi dada mas foi sendo reduzida ao longo da intervenção de modo a promover a autonomia da criança na sessão. A criança demonstrou interesse em aprender novas atividades pedindo para que a psicomotricista a ensinasse, por exemplo numa sessão a criança foi buscar a corda e, ao ver que não era capaz de saltar a corda, pediu que lhe ensinasse. Por vezes a criança demonstrou também o seu interesse nas atividades colocando perguntas sobre as mesmas e sobre o seguimento da sessão. Quando a criança realizava bem cada tarefa dizia “boa” mostrando motivação por realizar corretamente a tarefa e elogiando-se a si própria.

O B revelou a sua capacidade de imaginar e inventar em algumas sessões. Em duas sessões pegou no colchão e meteu-o por cima da sua cabeça utilizando-o como se fosse a sua casa, noutra sessão quando lhe era pedido que colocasse formas geométricas de diferentes cores em diferentes posições espaciais, criança ao pegar numa peça começou a verbalizar como se a peça fosse uma personagem. Nestas situações a psicomotricista deu sempre resposta, entrando na forma da criança ver os objetos e seguindo a sua brincadeira.

5.2.7. Resultados da avaliação inicial do grupo

Os resultados dos indivíduos que usufruíram de sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo são apresentados em grupo mas com o cuidado de transmitir o máximo de informações sobre o mesmo.

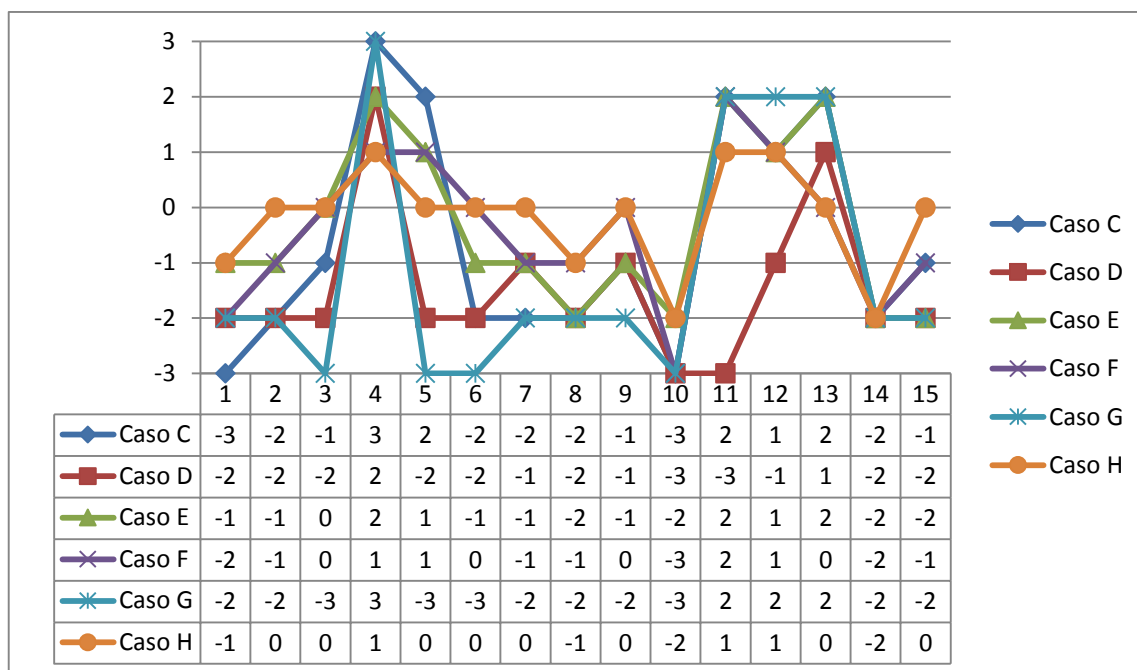


Gráfico 5 - Avaliação inicial do grupo

Item	Legenda do item	Item	Legenda do item
1	Relações emocionais	9	Regras sociais
2	Autoconfiança	10	Contacto corporal com o outro
3	Tipo de atividade	11	Amplitude dos movimentos a nível superior
4	Relaxação	12	Amplitude dos movimentos a nível central
5	Controlo do movimento	13	Amplitude dos movimentos a nível inferior
6	Capacidade de atenção	14	Utilização do espaço
7	Expressão corporal	15	Sincronização rítmica das várias partes do corpo
8	Comunicação verbal		

Tabela 11 – Itens avaliados na LOFPOT

Com a avaliação inicial do grupo verificou-se como áreas fracas as relações emocionais, a relaxação, o contato corporal com o outro, a amplitude dos movimentos a nível superior e a utilização do espaço. Tendo sido estes os itens com mais cotação e comportamento excessivamente perturbado. Ao nível das relações emocionais o grupo demonstra dificuldades e alguns indivíduos não demonstram qualquer contato emocional com a estagiária ou com os colegas. Ao nível da relaxação os elementos do grupo demonstram muita tensão muscular durante a sessão não mostrando flexibilidade muscular para realizar os movimentos e no final no momento de retorno à calma. No que se refere ao contato corporal com o outro, quatro dos seis indivíduos não apresenta qualquer contacto com os colegas ou com a estagiária e os restantes dois indivíduos fazem-no mas com escassez. Todos demonstram não se sentir confortável com o toque do outro. Relativamente à amplitude dos movimentos a nível superior, o grupo movimenta-se com precaução, demonstrando um maior cuidado no controlo dos movimentos com os braços e as mãos, à exceção de um indivíduo que movimenta-se sem controlo dos membros superiores. A utilização do espaço é restrita, o grupo não utiliza o espaço disponível do ginásio, limitando-se muito ao espaço próprio de cada um.

Como áreas intermédias constam a autoconfiança, apenas um dos indivíduos do grupo demonstrou-se autoconfiante nas sessões, movimentando-se de forma adequada

sem ajuda do técnico e sem sinais de ansiedade, enquanto os restantes demonstraram falta de confiança em movimentar-se e muitas vezes necessitam de um reforço externo verbal ou físico para o fazer. Ao nível do controlo do movimento, apenas um dos indivíduos consegue controlar o seu próprio corpo e movimentar-se de forma apropriada, um dos indivíduos não controla o próprio corpo na execução dos movimentos e os restantes indivíduos apesar de conseguirem controlar o seu próprio corpo executam os movimentos com precaução e tensão muscular. A capacidade de atenção é um domínio em que quatro indivíduos do grupo demonstram dificuldade, não conseguindo manter a sua atenção nas atividades realizadas ao longo da sessão e por vezes parecem não compreender as instruções dadas. Relativamente à expressão corporal, cinco indivíduos demonstram ser pouco expressivo corporalmente. Ao nível da comunicação verbal o grupo é capaz de responder verbalmente à estagiária e aos seus colegas mas é pouco comunicativo. No que se refere à amplitude dos movimentos a nível central, o grupo demonstra-se limitado movimentando-se com algum controlo na zona da pélvis e da coluna vertebral. O mesmo acontece a nível inferior, movimentado as pernas, joelhos e pés com precaução. Apenas um dos indivíduos do grupo apresenta uma adequada sincronização rítmica, sendo que os restantes movimentam-se de forma mais lenta em relação ao ritmo ouvido.

Por fim, as áreas fortes são o tipo de atividade em que a maioria dos elementos do grupo demonstra uma participação ativa nas atividades e as regras sociais, as quais são cumpridas pela maioria dos elementos do grupo.

5.2.7.1. Plano de intervenção do grupo

A partir da avaliação inicial foi realizado o plano de intervenção do grupo (Anexo L) onde constam a avaliação inicial realizada, um gráfico com os dados obtidos e uma descrição dos resultados, como já apresentados anteriormente. Os objetivos de intervenção para cada domínio e um cronograma com as várias etapas de intervenção com o grupo, avaliação e elaboração de planos e relatórios constam também no plano de intervenção. No plano de intervenção consta também uma tabela relativa às estratégias de intervenção que devem ser tidas em conta na intervenção psicomotora, para que o grupo fique motivado para as aquisições necessárias a um bom desenvolvimento, comportamento e aprendizagem e, assim, alcance os objetivos estabelecidos.

De seguida apresenta-se a tabela com os objetivos e estratégias de intervenção estabelecidos para o grupo.

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Estratégias de intervenção
Promover as relações emocionais entre os colegas	<ul style="list-style-type: none"> - Reagir à presença do outro, - Conseguir dançar com um colega ou com a estagiária, - Realizar atividades de pares. 	- Criar situações que promovam a relação com os colegas, realizar atividades de pares, realizar atividades de imitação, e partilha de material.
Desenvolver a autoconfiança	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir realizar diversos movimentos sozinho, sem ajuda da estagiária, - Conseguir movimentar-se sem se subestimar, - Conseguir movimentar-se sem sinais de ansiedade. 	- Inicialmente dar alguma ajuda física ao adulto durante a realização de parte da tarefa (ajuda física parcial); utilizar músicas do gosto geral do grupo.

Estimular a participação nas atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir ter uma participação ativa nas atividades, - Realizar movimentos a pedido da estagiária. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar músicas do gosto do grupo; recorrer a materiais de interesse do adulto; permitir que se movimentem livremente (alguns momentos da sessão); pedir movimentos simples que todos possam fazer (alguns momentos da sessão).
Desenvolver a capacidade de relaxar	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir permanecer calmo e relaxado ao longo da sessão, - Ser capaz de relaxar todos os músculos do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente dar alguma ajuda física ao adulto (ajuda física parcial); utilizar música calma,
Aumentar a capacidade de controlar o movimento	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir movimentar-se de forma calma, - Conseguir controlar o seu próprio corpo em movimentos precisos, - Conseguir deslocar-se num espaço marcado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar marcas no chão para controlo dos passos no espaço (arco, bases de cor); inicialmente dar alguma ajuda física ao adulto durante a realização de parte da tarefa (ajuda física parcial).
Aumentar a capacidade de atenção	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir compreender as indicações dadas, - Conseguir estar concentrado na atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar uma linguagem simples e clara, evitando frases longas que possam confundir os adultos; associar gestos às palavras, demonstrando o que é pedido; recorrer a materiais de interesse do adulto; realizar atividades que exijam que o adulto esteja alerta e atenta aos movimentos do outro.
Desenvolver a capacidade de expressar-se corporalmente	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir mostrar à entrada da sessão como se sentem, - Conseguir mostrar à saída da sessão se gostaram, - Com a música conseguir expressar-se através do movimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar à entrada da sessão como se sentem, perguntar à saída da sessão se gostaram, perguntar se gostam da música e como a música os fazem sentir.
Promover a comunicação verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentar verbalmente à chegada e saída da sessão, - Conseguir comunicar verbalmente mantendo contacto visual com o outro, - Responder verbalmente a perguntas sobre as atividades da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover situações em que o adulto necessite de comunicar com a psicomotricista para desempenhar a tarefa; fazer perguntas sobre a estrutura da sessão (o que fazemos primeiro? E no fim?), perguntar que música gostam mais, que material querem, e perguntas sobre o material (cor, forma).

Promover o cumprimento de regras sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Ter um comportamento adequado, - Ser capaz de cumprir as regras das atividades (exemplo dentro do arco, fora do arco, deslocar-se no espaço, dançar com um colega) 	- Utilizar um tom de voz que indique aceitação ou proibição dos comportamentos ajudando o adulto a entender os estados de ânimo do terapeuta; realizar atividades com regras, para que o adulto aprenda a respeitar e interiorizar as regras.
Promover o contacto corporal com o outro	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de manter o contato corporal com os colegas, - Ser capaz de manter o contato corporal com o terapeuta. 	- Criar situações que promovam o contacto corporal; realizar atividades com um par com quem têm mais afinidade; utilizar objeto mediador do toque.
Desenvolver a amplitude dos movimentos a nível superior	- Ser capaz de movimentar-se controlando a cabeça, os ombros, os braços e as mãos.	- Utilizar músicas do gosto do grupo; recorrer a materiais de interesse do adulto.
Desenvolver a amplitude dos movimentos a nível central	- Ser capaz de movimentar-se controlando os abdominais, o peito, a pélvis e a coluna vertebral.	- Utilizar músicas do gosto do grupo; recorrer a materiais de interesse do adulto.
Desenvolver a amplitude dos movimentos a nível inferior	- Ser capaz de movimentar-se controlando as pernas, os joelhos, os tornozelos e os pés.	- Utilizar músicas do gosto do grupo; recorrer a materiais de interesse do adulto.
Utilização do espaço	- Ser capaz de utilizar o espaço para se movimentar.	- Organizar o espaço da sessão; guiar fisicamente o adulto para que ele use o espaço da tarefa.
Sincronização rítmica	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de movimentar-se ao ritmo da música, - Ter noção do ritmo. 	- Guiar fisicamente o adulto durante a realização de parte da tarefa (ajuda física parcial).

Tabela 12 - Objetivos e estratégias de intervenção do grupo

5.2.8. Resultados da avaliação final do grupo

O gráfico seguinte representa os resultados da avaliação final do grupo, no qual cada linha representa um indivíduo. No anexo N é possível consultar os resultados da avaliação inicial e final da LOFPOT de cada um dos indivíduos de forma mais detalhada.

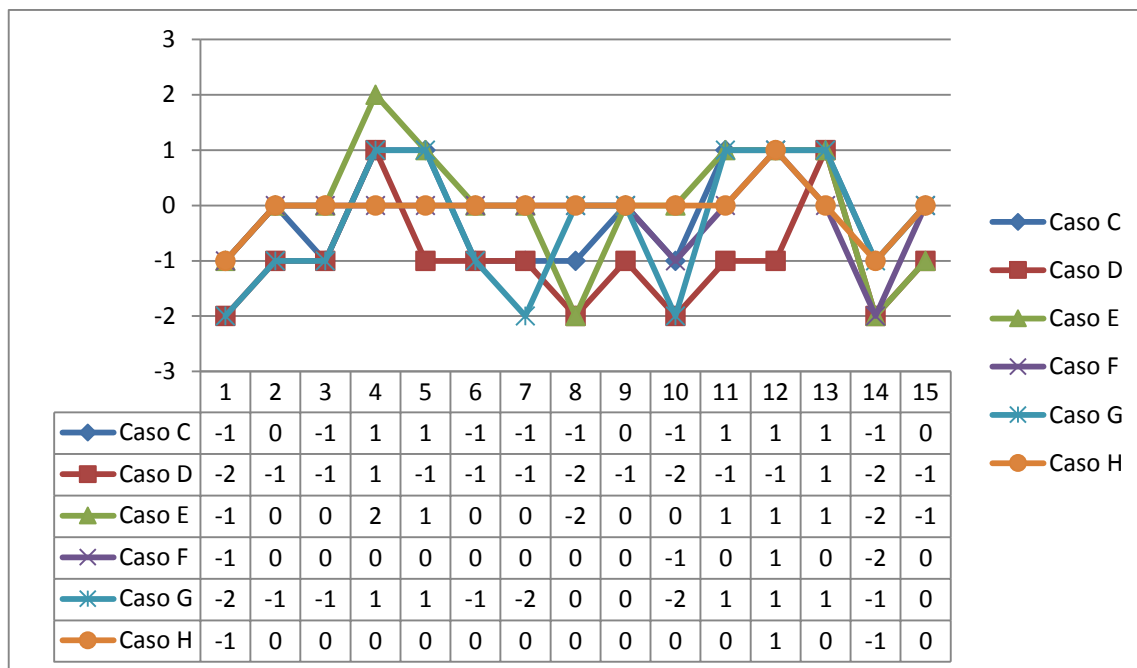


Gráfico 6 - Avaliação final do grupo

Na avaliação final não foi registado nenhum comportamento excessivamente perturbado, tendo-se verificado evoluções positivas em todos os domínios. Ao nível das relações emocionais o grupo manteve algumas dificuldades mas evoluiu no sentido em que os indivíduos demonstraram, mesmo que escasso, algum contato emocional com a estagiária ou com os colegas. Ao nível da autoconfiança notou-se uma grande evolução em que quatro dos indivíduos do grupo demonstraram-se autoconfiantes nas sessões, movimentando-se de forma adequada sem ajuda do técnico e sem sinais de ansiedade. Relativamente ao tipo de atividade, mais elementos do grupo demonstraram uma participação ativa nas atividades. Na relaxação os elementos do grupo evoluíram no sentido de conseguirem relaxar e descontraír os músculos ao longo de toda a sessão e principalmente no momento de retorno à calma. Ao nível do controlo do movimento, continuou a haver dificuldades mas em menor grau, os indivíduos demonstraram um maior controlo sobre o próprio corpo mas mesmo assim alguns ainda se movimentam com alguma precaução e tensão muscular.

A capacidade de atenção evoluiu pois os indivíduos demonstraram ser capazes de manter a sua atenção por mais tempo nas atividades realizadas ao longo da sessão. Relativamente à expressão corporal, este continua a ser um domínio em que os indivíduos demonstram algumas dificuldades, mesmo assim três dos indivíduos demonstraram-se expressivos corporalmente e pela expressão facial. Ao nível da comunicação verbal, apesar de dois indivíduos manterem-se pouco comunicativos, os restantes demonstraram-se mais comunicativos tanto com os colegas como com a estagiária. No que se refere às regras sociais, à exceção de um indivíduo que demonstrou uma ligeira falta de regras sociais, o restante grupo cumpriu as regras de comportamento e das atividades. No que diz respeito ao contato corporal com o outro, a maioria dos indivíduos manteve algumas dificuldades mas evoluíram no sentido de serem capazes de contactarem e manterem o contacto com o outro em parte da sessão.

No domínio amplitude dos movimentos a nível superior, o grupo evoluiu mas movimenta-se ainda com algum controlo muscular. O mesmo acontece na amplitude dos movimentos ao nível central e inferior. Ao nível da utilização do espaço o grupo evoluiu

mas ainda não utiliza todo o espaço disponível do ginásio. Por fim, quatro indivíduos demonstraram uma adequada sincronização rítmica, sendo que os restantes permaneceram com dificuldades neste domínio.

5.2.9. Resultados da aplicação POSP no grupo

O POSP foi aplicado no final de cada mês de intervenção, tendo sido realizadas seis observações de cada indivíduo do grupo. Como resultados verificou-se que os elementos do grupo evoluíram todos para uma atitude mais participativa nas sessões, tendo-se registado comportamentos adequados e bom relacionamento entre os colegas e a psicomotricista. De seguida apresenta-se os gráficos tal como uma breve descrição para cada um dos indivíduos nos seis momentos de observação.

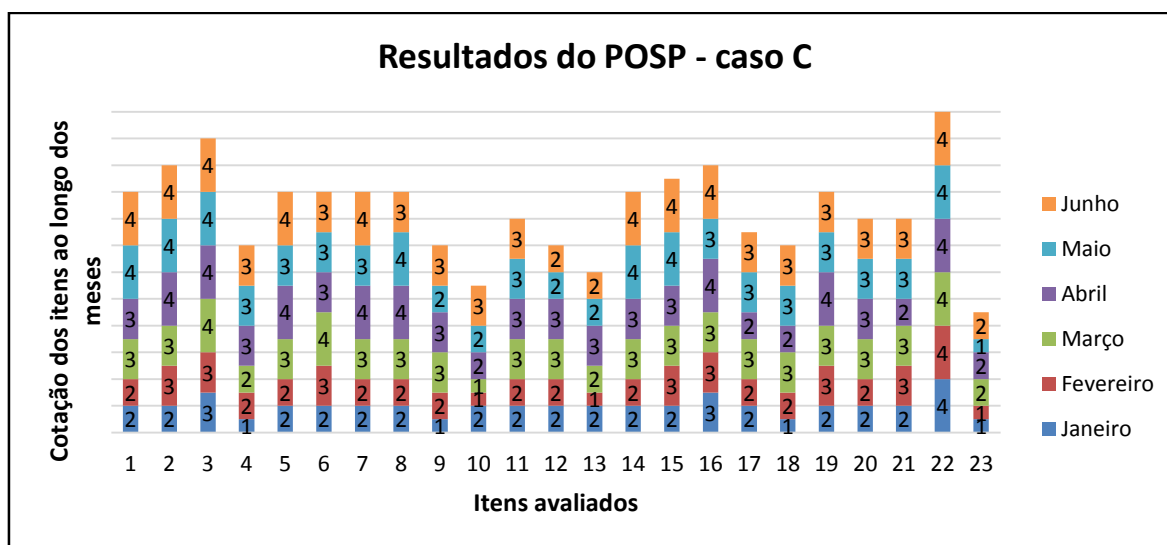


Gráfico 7 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso C

Pela observação do gráfico é possível verificar a cotação dos diferentes itens ao longo dos seis momentos de avaliação que correspondem a cada mês de intervenção. O C evoluiu positivamente em todos os itens observados. Os seus melhores resultados verificaram-se na capacidade de decidir como realizar as atividades a partir das instruções dadas, na capacidade de participar nas atividades sem recorrer a conteúdos agressivos e em utilizar todo o tipo de materiais. O C melhorou o seu desempenho e participação nas sessões, nunca demonstrou qualquer comportamento agressivo e nunca se recusou a usar os materiais da sessão.

A um nível intermédio, o C apresentou com o decorrer da intervenção uma boa capacidade de atender às instruções, em aceitar sugestões de atividades dos colegas e da estagiária, em manter-se numa atividade sem se aborrecer, e em participar de forma adequada quando a atividade é dinâmica ou quando é calma. O C demonstrou algumas dificuldades em tomar iniciativas quando não era dada nenhuma instrução, em relacionar-se com os outros e principalmente em realizar atividades de pares em que era necessário um contacto com o outro. Demonstrou-se pouco expressivo e por vezes mostrou pouca habilidade na execução motora.

As suas maiores dificuldades registaram-se ao nível da autonomia, sendo que o C por vezes precisou e procurou a atenção do adulto, ao nível da criatividade, imaginação, originalidade e ao nível da participação em qualquer sítio do ginásio. O C ao longo das várias sessões manteve um padrão de movimento semelhante e demonstrou-se limitado na utilização do espaço.

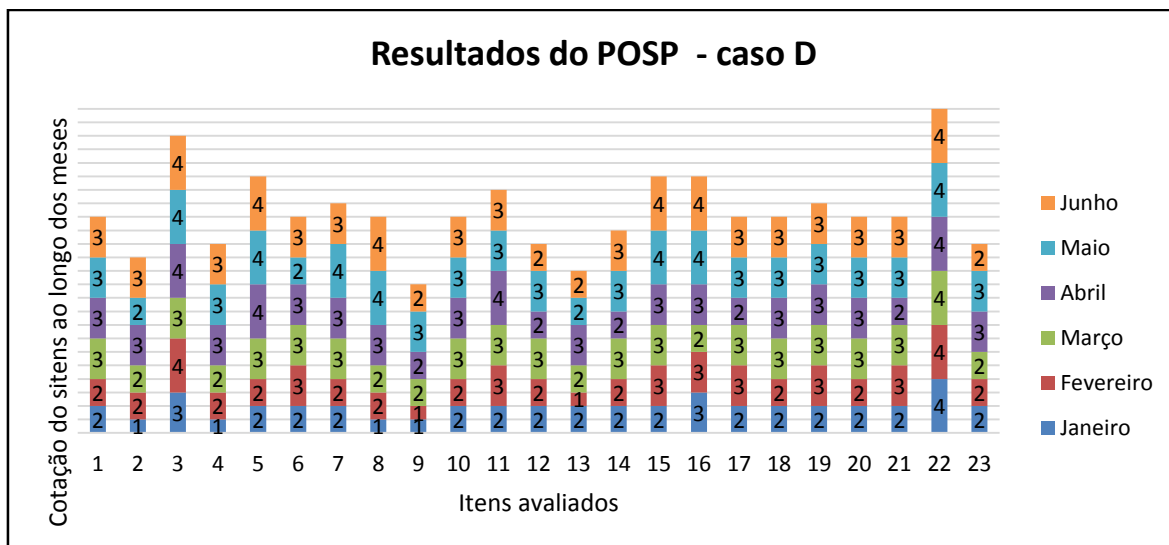


Gráfico 8 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso D

Pela observação do gráfico é possível verificar a cotação dos diferentes itens ao longo dos seis momentos de avaliação que correspondem a cada mês de intervenção. O D evoluiu positivamente na maioria dos itens observados, tendo-se verificado uma oscilação dos valores nos itens correspondente à habilidade motora e à segurança em si mesmo. De fato o D demonstrou em algumas sessões uma boa execução de movimentos apresentando-se seguro e noutras, apresentou-se mais tenso, menos participativo e menos seguro.

Os melhores resultados do D verificaram-se na capacidade de participar nas atividades sem recorrer a conteúdos agressivos, na capacidade e aceitar sugestões dos colegas e em utilizar todo o tipo de materiais disponibilizados nas sessões. Demonstrou também uma boa capacidade de atender às instruções dadas, em tomar iniciativa tendo em conta as instruções, em movimentar-se de forma autónoma sem necessitar da atenção da estagiária e em manter-se nas atividades sem se aborrecer.

O D demonstrou no decorrer da intervenção algumas dificuldades em expressar-se corporalmente e em adaptar os seus movimentos a atividades dinâmicas ou calmas, visto que mantinha o mesmo padrão de movimentos com a mudança de música e ritmos. Nem sempre relacionou-se com os colegas mesmo aquando atividades de pares as quais o D recusou-se a realizar. Por este motivo, a maioria das atividades a pares foram realizadas com a estagiária, com a qual o D demonstrou uma boa aceitação e à vontade.

As suas maiores dificuldades foram tomar iniciativa de participação e realização de movimentos sem qualquer instrução, ser criativo e original nas mobilizações motoras e ao nível da participação em qualquer sítio do ginásio. O D ao longo das várias sessões manteve um padrão de movimento semelhante e demonstrou-se pouco flexível à realização de novos movimentos e à utilização do espaço. O D sempre que entrava no ginásio dirigia-se de imediato ao lugar em que se tinha posicionado na primeira sessão, marcando assim o seu espaço da sessão.

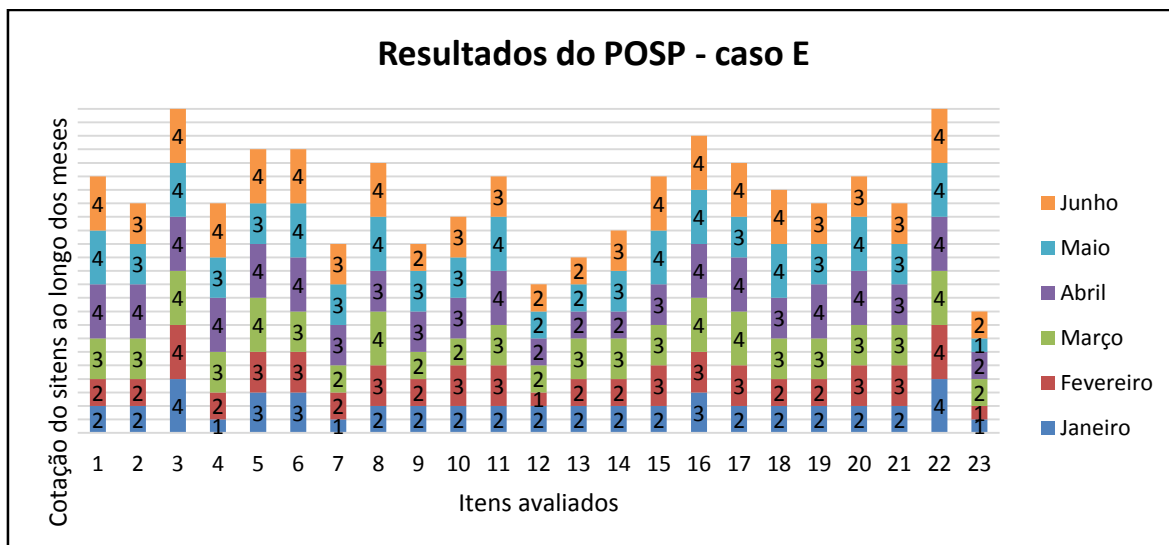


Gráfico 9 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso E

Pela observação do gráfico é possível verificar como o E evoluiu nos diferentes itens ao longo dos seis momentos de avaliação que correspondem ao final de cada mês de intervenção. O E evoluiu positivamente em todos os itens observados. Os seus melhores resultados verificaram-se na capacidade de decidir como realizar as atividades a partir das instruções dadas sem recorrer a conteúdos agressivos, na capacidade de aceitar as sugestões e iniciativas dos outros, em tomar iniciativa tendo em conta a instrução da estagiária, em manter-se numa atividade sem se aborrecer, em relacionar-se com os outros e em utilizar todo o tipo de materiais. Em todas as sessões o E teve um bom desempenho e participação seguindo sempre as instruções dadas. Relacionou-se com os seus colegas e realizou atividades em conjunto com os mesmos, nunca se recusando a qualquer atividade.

Com o decorrer da intervenção o E foi-se tornando mais expressivo, autónomo, seguro e participativo. O E apresentou mais facilidade em movimentar-se seguindo melodias calmas, pelo que, em atividades mais dinâmicas manifestou alguma dificuldade em adaptar-se. Deste modo, por vezes observou-se uma reduzida habilidade motora.

O E demonstrou algumas dificuldades em tomar iniciativa de participação quando não lhe foi facultada instruções e mostrou-se pouco criativo e original, mantendo sempre os mesmos registos e padrões de movimento ao longo das sessões.

A sua maior dificuldade registou-se na utilização do espaço de sessão visto que o E raramente se deslocou no espaço quando as atividades assim o impunham.

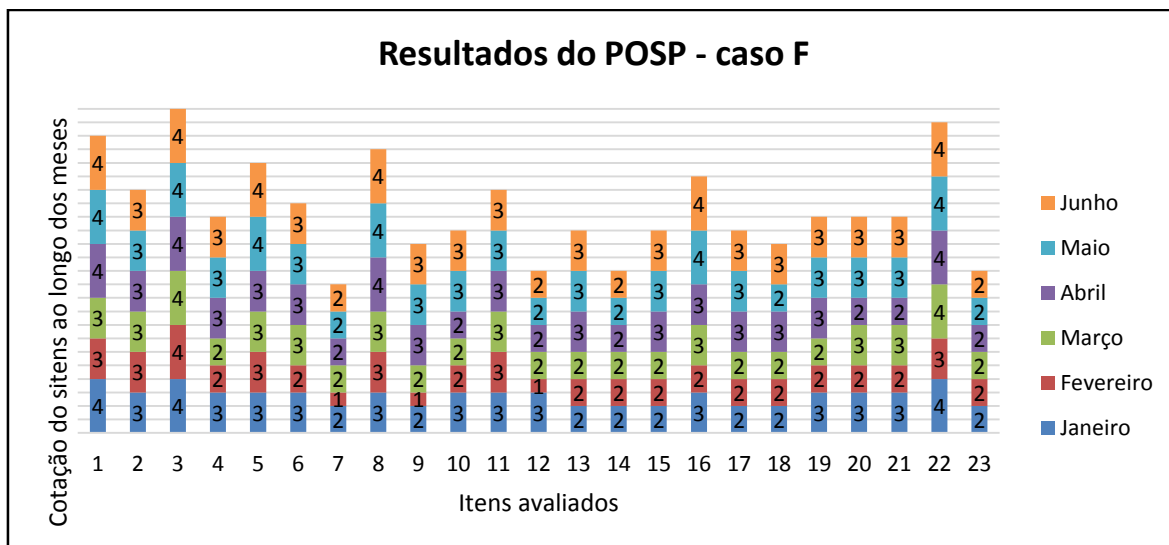


Gráfico 10 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso F

Pela observação do gráfico é possível verificar a cotação dos diferentes itens ao longo dos seis momentos de avaliação que correspondem a cada mês de intervenção. A F evoluiu positivamente na maioria dos itens observados, tendo-se registado uma regressão ao nível da procura de protagonismo pois manifestou-se mais reservada no decorrer na intervenção. Ao nível da atitude em atividades dinâmicas a F manteve-se igual nos seis momentos de observação. A F movimentou-se de forma mais adequada nos momentos calmos da sessão e manifestou dificuldades em acompanhar os ritmos mais acelerados.

Os melhores resultados da F registaram-se na sua capacidade de participar seguindo as instruções e sem recorrer a conteúdos agressivos, na capacidade de aceitar as iniciativas e sugestões dos colegas e na utilização de qualquer material utilizado nas sessões. A F demonstrou-se expressiva e conseguiu manter-se nas atividades sem se aborrecer, no entanto, no segundo mês de registo a F demonstrou-se algumas vezes aborrecida e afirmava que queria dançar, considerando que o que estava a ser realizado na sessão não era dança. Como tal, nestas situações foi pedido à F que dançasse como queria para o restante grupo imitar, mas a sua reação foi de ficar para à espera que a estagiária executasse algum movimento ou desse alguma instrução. Deste modo, uma das dificuldades da F foi precisamente ao nível de tomar iniciativa sem ter em conta a instrução, tendo-se também observado algumas dificuldades ao nível da autonomia, da criatividade, da originalidade e em relacionar-se com os outros.

As suas maiores dificuldades foram no âmbito da habilidade motora e da utilização do espaço. De notar que a F apresenta uma estrutura física endomorfa com uma larga cintura abdominal o que lhe dificulta a realização de determinados movimentos

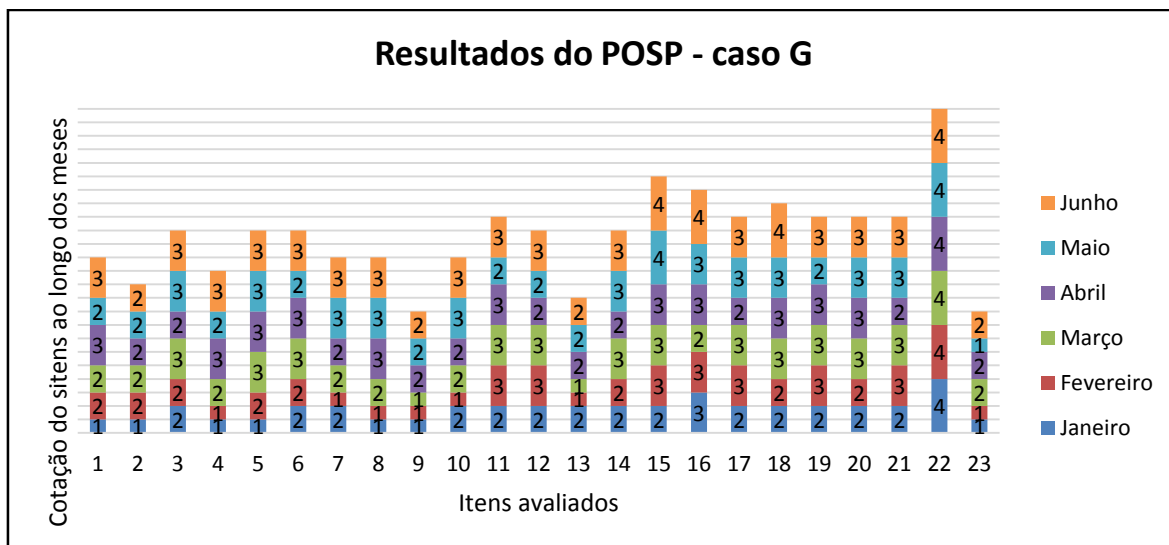


Gráfico 11 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso G

Pela observação do gráfico é possível verificar que a G evoluiu positivamente em todos os itens observados. O único item em que a G apresenta uma boa atitude é ao nível da utilização de todo o tipo de materiais, sendo este nível o seu melhor resultado. A G sempre utilizou qualquer material proposto na sessão mas revelou em todas as sessões um maior interesse pelo paraquedas, o qual foi utilizado no final das sessões no retorno à calma. Em diversas sessões, principalmente dos últimos três meses de intervenção a G logo no início da sessão perguntava ou pedida o paraquedas. Nas situações em que a G demonstrou um comportamento menos adequado como por exemplo o bater com força nas suas pernas ou falar alto frases descontextualizadas, o que se verificou nos primeiros meses de intervenção, o paraquedas foi utilizado como estratégia de intervenção. Assim, a G tinha de ter um bom comportamento durante a sessão para depois poder usufruir do paraquedas no retorno à calma. Outro comportamento característico da G era virar as costas para o grupo quando o mesmo se disponha em roda.

A G demonstrou uma boa aceitação pelas propostas e iniciativas dos colegas, segurança em si mesma, boa capacidade de se adaptar e movimentar-se de acordo com diferentes ritmos.

O presente caso demonstrou algumas dificuldades em dar resposta às instruções dadas, na capacidade de expressar-se, na sua capacidade motora geral e na autonomia. As suas maiores dificuldades foram o tomar iniciativa sem ter em conta a instrução, o ser criativa ou original, e a utilização do espaço. De notar que ao longo das sessões a G manteve um padrão de movimentos semelhantes e por vezes demonstrou alguns movimentos estereotipados.

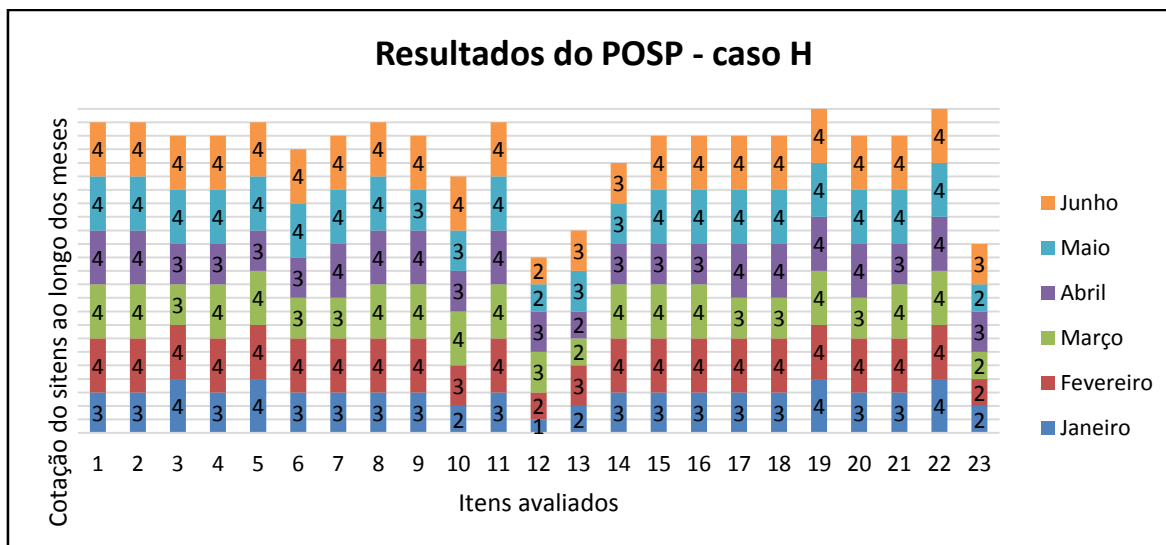


Gráfico 12 - Observação dos itens avaliados ao longo dos meses de intervenção – caso H

Pela observação do gráfico é possível verificar que a H apresenta um bom desempenho na maioria dos itens avaliados ao longo da intervenção. A H demonstrou-se participativa nas sessões de dança e movimento expressivo com uma boa capacidade de atender às instruções sem recorrer a conteúdos agressivos e sem se aborrecer. Sempre utilizou qualquer material disponibilizado na sessão, demonstrou uma boa capacidade de expressar-se, aceitar as iniciativas dos outros e ter iniciativa própria. A H demonstrou-se segura de si e apresenta uma boa capacidade de execução motora, conseguindo adaptar-se facilmente a atividades dinâmicas e atividades calmas. A H sempre se relacionou bem com todos os colegas e participou em qualquer atividade que envolvesse um contacto mais próximo com o outro.

As suas dificuldades registaram-se na procura do protagonismo, na criatividade, imaginação, e por fim na utilização do espaço. De referir que a H imitava ao pormenor todos os movimentos realizados pela estagiária. Este comportamento considerou-se exagerado visto que a mesma imitava movimentos como por exemplo o arregaçar as mangas do casaco. Quando pedido para realizar algum movimento diferente, a H não tinha capacidade de resposta ou seguia os mesmos padrões de movimentos anteriores, demonstrando a sua dificuldade em ser original.

5.2.10. Resultados do processo de intervenção do grupo

Neste ponto será apresentada uma síntese da evolução do grupo de dança e movimento expressivo no decorrer da intervenção psicomotora. A tabela seguinte apresenta a evolução das áreas fortes, intermédias e fracas do grupo referentes à escala LOFPOT. Os domínios que se encontram a negrito são os que evoluíram de uma área fraca ou intermédia para uma área intermédia ou forte. Posteriormente, apresenta-se uma análise do desempenho e progressos dos elementos do grupo no decorrer das sessões.

Estudos de caso		Avaliação final
Grupo	Áreas fortes	Autoconfiança , tipo de atividade, capacidade de atenção , regras sociais, sincronização rítmica das várias partes do corpo .

	Áreas intermédias	Relações emocionais, relaxação, controlo do movimento, expressão corporal, comunicação verbal, contato corporal com o outro, amplitude dos movimentos a nível superior, central e inferior.
	Áreas fracas	Utilização do espaço.

Tabela 13 - Resultados do processo de intervenção do grupo na LOFPOT

O balanço da intervenção foi positivo visto que notou-se evoluções em todos os domínios avaliados. As maiores evoluções foram observadas nos domínios autoconfiança, capacidade de atenção e sincronização rítmica das várias partes de corpo que progrediram para áreas fortes, e nos domínios relações emocionais, relaxação, comunicação verbal, contacto corporal com o outro e amplitude dos movimentos a nível superior que progrediram para áreas intermédias. O domínio referente à utilização do espaço foi a única área fraca após intervenção.

Todos os indivíduos do grupo evoluíram em pelo menos sete dos 15 domínios avaliados. Dois dos indivíduos (caso F e H) mais funcionais obtiveram respetivamente na avaliação final 11 e 12 dos domínios avaliados como comportamento não perturbado. Desde o início da intervenção estes dois elementos demonstraram-se mais funcionais, o que foi vantajoso para o grupo pois os mesmos ajudavam e motivavam os restantes colegas. De notar que dois indivíduos (caso C e G) revelaram uma evolução positiva em 13 dos 15 itens avaliados, mesmo apresentando apenas três itens como “comportamento não perturbado”, foram os indivíduos em que se registou uma maior evolução. Após todo o processo de intervenção, um dos indivíduos (caso D) não registou qualquer comportamento não perturbado, mesmo assim evoluiu positivamente em sete dos itens avaliados. Os restantes elementos do grupo apresentaram pelo menos três itens como “comportamento não perturbado”.

Ao longo das sessões o grupo foi-se demonstrando mais motivado, participativo e comunicativo demonstrando assim um maior desempenho de sessão para sessão. A interação entre os elementos do grupo foi também notória tal como a evolução a nível do trabalho em pares ou com todo o grupo em conjunto que envolvesse o contacto corporal. Deste modo, a recusa de atividades ou do trabalhar em contacto com o outro reduziu. Ao longo da intervenção os elementos do grupo demonstraram-se também mais confiantes em si próprios o que permitiu que melhorassem o seu desempenho ao longo da sessão mais especificamente ao nível do controlo dos movimentos com as diferentes partes do corpo, da sincronização rítmica e da utilização do espaço, apesar de este último domínio ser o mais deficitário no grupo estudado. As ajudas físicas foram diminuindo no decorrer da intervenção visto que o grupo tornou-se mais autónomo.

Relativamente ao POSP, de um modo geral os elementos do grupo demonstraram mais dificuldades ao nível do tomar iniciativa sem ter em conta a instrução da psicomotricista e do jogar em qualquer sítio do ginásio, visto que todos os elementos limitam-se na utilização do espaço. Por outro lado, os itens melhor sucedidos foram ao nível da capacidade de jogar sem recorrer a conteúdos agressivos, ao utilizar todo o tipo de materiais e ao tomar iniciativa a partir de uma instrução dada pela psicomotricista. Os restantes itens observados registam-se a um nível intermédio com capacidades e comportamentos que se observaram maioritariamente algumas vezes e não frequentemente como seria adequado.

No anexo O encontra-se o preenchimento da tabela do POSP para cada indivíduo.

5.3. Reflexões e recomendações para a continuidade da intervenção

Ao longo de todo o processo de intervenção as sessões de psicomotricidade tiveram como base o movimento corporal e a relação com o outro, tanto nas crianças como no grupo de adultos. O estabelecimento de uma relação e proximidade com cada indivíduo foi fundamental para que se sentissem à vontade na sessão com a psicomotricista e com todo o espaço envolvente. Com o sentimento de bem-estar e confiança no outro tornou-se mais fácil a intervenção no ginásio.

O trabalho de campo realizou-se tendo em conta os sete fatores psicomotores já mencionados anteriormente, no entanto a terapia incidiu mais sobre determinados fatores como equilíbrio, estruturação espaço-temporal e praxia global, focando-se assim nos fatores em que as crianças apresentam mais dificuldade e que são menos trabalhados na UEE. Contudo, os restantes fatores psicomotores não foram descartados na intervenção, estando frequentemente presentes nas sessões, como também a linguagem e os comportamentos.

O trabalho realizado gerou resultados positivos a nível psicomotor e comportamental nas crianças. Como tal recomenda-se que as mesmas continuem a frequentar sessões de psicomotricidade, de modo a continuarem a desenvolver competências psicomotoras e comportamentais. Através de uma pequena experiência nas últimas sessões de psicomotricidade foi possível constatar que a música pode ser utilizada como um recurso que facilita a aprendizagem de algumas competências cognitivas. Deste modo, sugere-se que no próximo ano letivo, com crianças que gostam de música, as psicomotricistas recorram a este recurso para promover essas competências.

No grupo de adultos a intervenção focou-se mais a um nível das terapias expressivas utilizando a música e o movimento como forma de expressar sentimentos, emoções e como forma de relacionar-se e interagir com o outro.

Dados os resultados positivos, seria benéfico o grupo continuar a usufruir das sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo de modo a notar-se mais evoluções com o decorrer da intervenção.

Uma das dificuldades mais evidenciadas nos adultos com PEA é, para além de alterações a nível motor, a ausência de comunicação não-verbal e corporal. Deste modo tornou-se fundamental a formação do grupo de dança e movimento expressivo e a realização de sessões semanais. Para além do foco no movimento e expressão corporal, também a relação e interação com o outro foi desenvolvida. De referir que aspetos psicomotores como equilíbrio, estruturação espaço-temporal e praxia global foram igualmente trabalhados mesmo que de forma indireta. As sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo foram muito completas do ponto de vista da intervenção pois abrangeram um leque diversificado de competências que foram desenvolvidas.

Assim, sugere-se que os indivíduos continuem a usufruir das sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo, trabalhando e promovendo áreas deficitárias como a expressão de sentimentos e emoções, a relação e interação com o outro, como também a coordenação e o controlo do corpo. Dados os resultados positivos, seria benéfico que todos os indivíduos do CAO tivessem a oportunidade de participar nestas sessões formando-se vários grupos de quatro a seis elementos e, posteriormente, se possível, os vários grupos poderiam juntar-se de modo a trocar experiências entre todos. Com a continuação destas sessões e possivelmente com o trabalho conjunto com o professor de música, os indivíduos do CAO da APPDA-Lisboa poderiam ter um grupo de dança e movimento expressivo para acompanharem a banda com coreografias simples nas suas atuações e participarem nas festas temáticas da APPDA.

De referir ainda a importância das reuniões com toda a equipa, professores e encarregados de educação, pelo que sugere-se que nos próximos anos letivos as estagiárias tenham uma participação ativa nestas reuniões, visto que nas mesmas acontece uma troca e partilha de informações que são fundamentais para a intervenção.

6. Dificuldade e limitações

Ao longo do estágio algumas dificuldades e limitações foram sentidas como o horário reduzido das sessões em todas as escolas. A maioria das crianças e jovens acompanhados apenas disponha de uma sessão de psicomotricidade semanal com a duração de 30 minutos o que limitou a observação de maiores progressos nos mesmos. Em algumas escolas, principalmente na EB1/Santos Mattos e na EB2,3/Alfornelos os materiais disponibilizados para a realização das sessões era escasso, pelo que muitas vezes o material teve que ser improvisado ou construído. Algumas escolas não disponham de bons espaços para a realização da sessão o que limitou as atividades realizadas e o desempenho das crianças. A falta de espaço notou-se essencialmente nas sessões de grupo (EB2,3 Alfornelos e EB2,3 Delfim Santos) que limitou o desempenho dos alunos.

A falta de contato entre a técnica, os familiares e os professores do ensino regular foi outra dificuldade sentida. Este contacto seria fundamental para conhecer melhor a criança noutros contextos e principalmente o seu comportamento fora das sessões de psicomotricidade. A sobreposição dos horários das tarefas dos indivíduos que frequentaram as sessões de psicomotricidade, dança e movimento expressivo foi uma limitação que fez com alguns indivíduos faltassem à sessão ou só participassem em parte da mesma.

A reduzida bibliografia referente à intervenção psicomotora com indivíduos com PEA e à utilização da dança e movimento expressivo na intervenção psicomotora não permitiu um maior conhecimento e obtenção de informações que poderiam ser úteis na prática psicomotora.

Uma vez que o estágio iniciou-se alguns meses após o começo das aulas nas escolas, a maioria das crianças e jovens já tinha iniciado a intervenção psicomotora com as técnicas do CRI, pelo que só foi realizada avaliação inicial pela estagiária nos dois estudos de caso individuais apresentado no relatório.

Outra limitação foi a pouca frequência e participação nas reuniões das escolas com professores e/ou encarregados de educação que limitou o maior conhecimento do comportamento de cada criança ao longo do seu percurso escolar e em casa. Muitas vezes não foi possível frequentar as reuniões devido à sobreposição de horários com sessões noutras escolas.

7. Atividades complementares

O estágio na APPDA-Lisboa não se limitou ao planeamento e dinamização de sessões de psicomotricidade. Logo no início do estágio foi possível observar todo o trabalho que é realizado no CAO da APPDA, desde a tecelagem, jardinagem, agricultura, cerâmica, pintura, educação física, lavandaria e música, foi possível acompanhar a participação de alguns indivíduos nestas atividades e perceber o leque de atividades que os mesmos usufruem no CAO. Ao nível da música foi realizado um acompanhamento maior visto que surgiu a oportunidade de realizar sessões em conjunto com o professor de música. Nestas sessões o professor tocava um instrumento (piano, guitarra ou percussão) e o grupo sob orientação da estagiária movimentava-se ao ritmo ouvido. As primeiras três sessões foram de caráter mais livre em que cada indivíduo podia expressar-se livremente, deste modo também foi possível observar as capacidades de cada um e a forma como se moviam. As sessões seguintes foram realizadas com instruções mais diretivas com vista a ser realizada uma coreografia com uma sequência de movimentos, alguns deles sugeridos pelos indivíduos do grupo. Posteriormente o grupo apresentou a coreografia ao público. A realização destas sessões foram fundamentais para um maior conhecimento da PEA pois permitiu um contacto direto com indivíduos com diferentes características da perturbação para as quais foi necessário o delinear de estratégias para melhor lidar com o grupo e

assim alcançar um melhor desempenho, participação e desenvolvimento ao longo das sessões.

Ao nível do CRI foi possível acompanhar as crianças da EB1/Santos Mattos numa visita à quinta pedagógica dos Olivais, o que permitiu observar as crianças noutros contextos, desde o andar de metro, alguns pela primeira vez, o chegar à quinta e lidar com todos os diversos animais e participar no atelier de cerâmica em que todos elaboraram um objeto em barro. Na EB1/Santos Mattos foi possível assistir com vários alunos da escola incluindo os da UEE a um pequeno espetáculo de animação. Nesta mesma escola foi também possível participar numa atividade de culinária em que as crianças da UEE fizeram biscoitos para posteriormente serem vendidos numa feira da escola. Os momentos de lanche e do recreio foram também acompanhados em todas as escolas, sendo estes momentos em que se deu um contacto com os professores e auxiliares da UEE o que permitiu troca de informações sobre as crianças e a própria UEE.

Num aluno da EB2,3/Delfim Santos foi aplicado um instrumento designado Psymot – procedimento diagnóstico versão portuguesa (Lebre, 2012) como modo experimental de um novo instrumento a ser usado na intervenção psicomotora.

Durante este estágio, foi possível participar nas várias formações realizadas pela APPDA-Lisboa no âmbito das PEA. Assim as ações de formação frequentadas foram “Estimular a comunicação no autismo” no dia 16 de Fevereiro de 2013 na qual foram abordados o desenvolvimento da comunicação, da linguagem e os sistemas de comunicação aumentativa; “Atividades funcionais para alunos com autismo: a tecelagem” no dia 2 de Março de 2013 na qual foi possível observar trabalhos feitos pelos indivíduos e foi explicado como se fazem esses trabalhos; “O aluno com autismo e a metodologia TEACCH” no dia 16 de Março de 2013 onde foram abordados conteúdos teórico práticos da metodologia TEACCH incluindo a planificação de rotinas e atividades para o aluno com autismo; “PIT – Plano Individual de Transição” no dia 13 de Abril de 2013, na qual foi abordado como se realiza um PIT e as respostas da comunidade para esta população; “Psicomotricidade no autismo: do relacional ao instrumental” que se realizou no dia 20 de Abril de 2013, onde foram abordados aspetos teóricos e práticos da intervenção psicomotora no autismo utilizando a vertente relacional e instrumental. A participação nestas ações de formação foi muito benéfica pois permitiu um contacto e troca de informações e opiniões com outros profissionais como professores, auxiliares, psicomotricistas, terapeutas da fala ou psicólogos sobre a temática da PEA. Deste modo, estas ações de formação foram importantes para consolidação de conhecimentos sobre a PEA. Os temas envolvidos nestas ações permitiram uma aquisição de conhecimentos e estratégias de intervenção que puderam ser aplicados no presente estágio.

Por fim, foi ainda possível a participação no 1º Congresso Mundial de Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenil e apresentação de um abstract sobre a “Resiliência no Autismo”, publicado na revista *Atención Primaria – revista especial de congreso*.

Todas as atividades em que foi possível participar complementaram de forma positiva toda intervenção com os indivíduos com PEA, tendo sido importantes para uma maior aquisição de conhecimentos e competências para trabalhar com esta população. Todas as atividades complementares proporcionaram assim um crescimento profissional e uma melhor preparação para intervir na PEA.

IV. CONCLUSÃO

A realização do estágio proporcionou o contacto com crianças, jovens e adultos com PEA em contexto escolar e institucional respetivamente. Na escolha do estágio, quando surgiu a oportunidade de intervir na PEA não hesitei. Seria tudo novo para mim e era o que eu queria, ir à descoberta de novas experiências e adquirir novas competências num mundo novo, o mundo do autismo.

Inicialmente, foi um grande desafio. Nunca antes havia estado presente numa sessão com crianças, nem contactado com indivíduos com PEA. No primeiro dia alguma insegurança e ansiedade tomavam conta de mim, sentimentos estes que depressa foram desaparecendo. A conquista pelo mundo do autismo começou a partir do momento em que pela primeira vez entrei num ginásio com uma criança e a técnica do CRI. Desde a primeira sessão percebi que seria um longo caminho a percorrer mas com a certeza seria um caminho de novos ganhos a nível pessoal e profissional.

As sessões com as crianças e jovens proporcionaram grandes aprendizagens enquanto profissional. As sessões individuais permitiram um contacto próximo e direto com cada uma das crianças que, apesar de possuírem o mesmo diagnóstico, apresentavam características específicas e próprias. Para uma adequada intervenção foi necessário conhecer bem a criança para assim planear as sessões de acordo com as suas especificidades e competências. No entanto, nem sempre o plano foi cumprido porque nem sempre o foi possível. A capacidade de adaptar-se às situações e a capacidade de improvisação enquanto psicomotricista foi posta à prova diversas vezes. De fato o psicomotricista deve estar preparado para lidar com situações imprevistas e ter capacidade de resposta para as mesmas.

Apesar das características diferentes de cada caso, alguns aspetos revelaram-se comuns entre os indivíduos com PEA. As dificuldades ao nível das competências sociais, da comunicação e linguagem foram notórias em todos os indivíduos de qualquer idade. Comportamentos desadequados foram também notórios nas diferentes faixas etárias com as quais foi possível manter o contacto. A nível psicomotor constatou-se que os indivíduos apresentam dificuldades essencialmente ao nível da estruturação espaço-temporal, da praxia global incluindo a coordenação óculo-manual e óculo-pedal. A dificuldade em dirigir o olhar para os objetos, para a estagiária ou para os outros foi evidente, pelo que na intervenção foi dado um enfoque nestas áreas mais problemáticas.

As sessões de grupo realizadas em duas escolas proporcionaram outro tipo de experiência. Trabalhar em grupo com alunos com esta problemática requereu uma boa preparação e organização do espaço e capacidade de controlo sobre os seis alunos que constituíam cada grupo. Nestas sessões a imposição de regras foi crucial para o bom funcionamento da sessão e para que todos pudessem usufruir de melhor forma da intervenção. Estas sessões tiveram a vantagem de proporcionar atividades em equipa nas quais os alunos tinham que cooperar uns com os outros, demonstrar o seu respeito para com o outro e interagir entre si. As sessões de grupo foram fundamentais para o desenvolvimento de competências sociais, da comunicação e de comportamentos adequados.

Com a construção de uma relação de confiança com a estagiária o desempenho das crianças e jovens foi progredindo nas sessões. O estabelecer de uma relação entre o terapeuta e indivíduo tornou-se fundamental para o desempenho e sucesso do mesmo. Em todas as escolas, mesmo sem a realização da avaliação, foi possível notar evoluções nas crianças e jovens. Estas evoluções mostram como a intervenção psicomotora é relevante nesta área.

Estas observações também foram visíveis na intervenção com os adultos, onde a criação de uma relação de proximidade e confiança com os adultos, também levou a ganhos positivos pelos mesmos.

Todo o processo de estágio foi muito positivo, desde a direção, técnicos e auxiliares da APPDA-Lisboa que acolheram da melhor forma a estagiária, e permitiram acompanhar de perto cada caso e principalmente terem aceitado a realização de um novo projeto de dança e movimento expressivo. Projeto este que se revelou muito benéfico tanto para a experiência pessoal e profissional da estagiária, como para o bem-estar e para a comunicação dos indivíduos. Com este projeto foi possível perceber como a dança, o movimento ou a música são importantes na intervenção psicomotora, ainda mais nestes indivíduos que apresentam dificuldades em expressar os seus sentimentos e emoções, em relacionar-se com os outros e em comunicar seja de forma verbal ou não-verbal. Foi enriquecedor ver os resultados da intervenção enquanto psicomotricista. A boa disposição foi tomando conta das sessões com os indivíduos a ganharem confiança, a libertarem-se nos seus movimentos e sobretudo nas suas expressões corporais e faciais.

Por vezes era raro deparar-me com um simples sorriso quando ia às salas ou quando cruzava-me nos corredores com algum dos indivíduos do CAO. Nas sessões de dança e movimento expressivo foi possível ver sorrisos que fora do ginásio nunca tinha sido possível ver. Um aspeto também ele fundamental nestas sessões foi o relacionamento e interação com os colegas. O estar em grupo promoveu um sentido de cooperação e interação uns com os outros. Esta era e continua a ser sem dúvida uma das grandes áreas deficitárias nesta população, pelo que se torna fundamental a realização de sessões de psicomotricidade num âmbito da dança e movimento expressivo.

No estágio curricular houve a oportunidade de integração numa equipa multidisciplinar o que, foi de grande importância, pois permitiu a partilha de experiências, dúvidas, informações e estratégias de intervenção com outros técnicos e professores de modo a trabalharmos todos para o mesmo objetivo. Também com os auxiliares deu-se essa troca de informação que permitiu conhecer melhor cada criança e perceber o seu comportamento em diferentes tarefas do dia-a-dia.

Todas estas abordagens referidas anteriormente possibilitaram a aquisição de aprendizagens acerca desta perturbação e da intervenção que foram fundamentais para o crescimento profissional enquanto psicomotricista. A diversidade de indivíduos com quem foi possível estabelecer contacto proporcionou uma vasta experiência prática que foi enriquecedora e contribuiu muito para a aquisição de novas competências de trabalho e para o meu crescimento profissional. Com todas estas abordagens de intervenção verificou-se que a intervenção psicomotora tem um papel fundamental na promoção de competências pessoais e sociais, proporcionando aprendizagens essenciais através de atividades lúdicas e um sentimento de bem-estar, como se verificou essencialmente no grupo de adultos. As evoluções positivas da intervenção psicomotora registaram-se em qualquer uma das faixas etárias de intervenção.

Constata-se que os objetivos do RACP foram cumpridos ao nível da aprendizagem, e no treino e desenvolvimento de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade.

Em suma, a oportunidade de trabalhar em vários contextos e com diferentes faixas etárias, tornou a prática psicomotora ao longo do estágio curricular enriquecedora ao nível de aquisição de competências e estratégias de trabalho e de vivências experienciadas. Observar os resultados positivos da intervenção transmitiu-me motivação para dar continuidade ao trabalho iniciado como psicomotricista na APPDA-Lisboa. A descoberta pelo mundo do autismo será constante ao longo da minha vida, pois sei que ainda há muito para descobrir enquanto psicomotricista com esta problemática seja em crianças, jovens ou adultos. Continuarei a percorrer este caminho à descoberta do que é ainda desconhecido e à procura de novos ganhos a nível pessoal e profissional e novas formas de poder trabalhar e estimular esta população que tanto precisa de apoio para seguir em frente.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anagnostou, E., Chaplin, W., Watner, D., Silverman, J. M., Smith, C. J., Zagursky, K., ... Hollander, E. (2011). Factor analysis of repetitive behaviors in Autism as measured by the Y-BOCS. *The Journal Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23(3), 332-9. doi: 10.1176/appi.neuropsych.23.3.332
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5 Autism Spectrum Disorder Fact Sheet. Retirado de <http://www.dsm5.org/>.
- Amos, P. (2013, Abril). Rhythm and timing in autism: learning to dance. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, 27:1-15. doi: 10.3389/fnint.2013.00027
- APPDA-Lisboa. (2013). Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo. Retirado a 20 de Junho de 2013 de <http://www.appdalisboa.org.pt/index.php>.
- Aragón, M. B.Q. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ashburner, J., Bennett, L., Rodger, S., & Ziviani, J. (2013). Understanding the sensory experiences of young people with autism spectrum disorder: A preliminar investigation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 171–180. doi: 10.1111/1440-1630.12025
- Autism Speaks (2013). DSM-5 Diagnostic Criteria. Retirado de <http://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria>
- Baker, J. P. (2013, Setembro 19). Autism at 70 - redrawing the boundaries. *The New England Journal of Medicine*, 369(12), 1089-1091. doi: 10.1056/NEJMp1306380.
- Bennett, T. A., Szatmari, P., Bryson, S., Duku, E., Vaccarella, L. & Tuff, L. (2013). Theory of Mind, Language and Adaptive Functioning in ASD: A Neuroconstructivist Perspective. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 22(1), 13-19.
- Blair, K. C., Lee, I., Cho, S., & Dunlap, G. (2010). Positive behavior support through family-school collaboration for young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(1), 22-36.
- Boesch, M., Wendt, O., Subramanian, A., & Hsu, N. (2013, Setembro). Comparative efficacy of the Picture Exchange Communication System (PECS) versus a speech-generating device: Effects on requesting skills. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(3), 480–493. doi: S1750946712001493
- Booth, R., & Happé, F. (2010). “Hunting with a knife and ... fork”: Examining central coherence in autism, attention deficit/hyperactivity disorder, and typical development with a linguistic task. *Journal of Experimental Child Psychology*, 107(4), 377-393. doi: S0022096510001244
- Carlsson, L., Norrelgen, F., Kjellmer, L., Westerlund, J., Gillberg, C., & Fernell, E. (2013). Coexisting Disorders and Problems in Preschool Children with Autism Spectrum Disorders. *The Scientific World Journal*, 2013, 6 pages. doi: 10.1155/2013/213979
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012) Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United

States, 2008. *Morbidity and Mortal Weekly Report*, 61(3): 1-19. Retirado de <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>

Chawarska, K., Klin, A., & Volkmar, F. (2008). *Autism in Infants and Toddlers: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.

Coppenolle, H. V., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). "The Louvain Observation Scales for Objectives in *Psychomotor Therapy*." *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6(2), 145-153.

Cukier, H., Dueker, N., Slifer, S., Lee, J., Whitehead, P., Lalanne, E., ... Pericak-Vance, M. (2014). Exome sequencing of extended families with autism reveals genes shared across neurodevelopmental and neuropsychiatric disorders. *Molecular Autism*, 5(1), 1-10. doi: 10.1186/2040-2392-5-1

Cunningham, A., & Schreibman, L. (2008). Stereotypy in Autism: The Importance of Function. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(3), 469–479. doi: 10.1016/j.rasd.2007.09.006

Cunha, S. (2010). Dançaterapia como forma de promover a comunicação do autismo. (Dissertação em especialização em educação especial). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto.

C.B., Lima. (Coord.). (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção* (2ª ed.) Lisboa: Lidel.

Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3). doi: 10.2182/cjot.2011.78.3.8

Donnellan, A. M., Hill, D. A., & Leary, M. R. (2013). Rethinking autism: implications of sensory and movement differences for understanding and support. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6, 124:1-11. doi: 10.3389/fnint.2012.00124

Doyle, C. A. & McDougle, C. J. (2012). Pharmacologic treatments for the behavioral symptoms associated with autism spectrum disorders across the lifespan. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(3), 263-279. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3513681/pdf/DialoguesClinNeurosci-14-263.pdf>

Dorneles, L. & Benetti, L. (2012). A psicomotricidade como ferramenta da aprendizagem. *Monografias Ambientais - Edição especial: Especialização em educação, Interdisciplinaridade e Transversalidade*, 8(8), 1775 – 1786. doi: 10.5902/223613086186

Dunphy, K., & Scott, J. (2003). *Freedom to Move: Movement and Dance for People with Intellectual Disabilities*. Eastgarden, NSW: MacLennan & Petty Pty Limited

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y., Kauchali, S., Marcín, C., ... Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5(3), 160–79. doi: 10.1002/aur.239

Faras, H., Ateequi, N. & Tidmarsh, L. (2010). Autism spectrum disorders. *Annals of Saudi Medicine*, 30(4): 295-300. doi: 10.4103/0256-4947.65261

Falkenbach, A., Diesel, D. & Oliveira, D. (2010). O jogo da criança autista nas sessões de psicomotricidade relacional. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 31(2), 203-214.

Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora – Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42-52. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n17/v18n17a04.pdf>

Ganz, J., Simpson, R., & Lund, E. (2012). The Picture Exchange Communication System (PECS): A Promising Method for Improving Communication Skills of Learners with Autism Spectrum Disorders. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 2012, 47(2), 176–186. Retirado de [http://daddceec.org/Portals/0/CEC/Autism_Disabilities/Research/Publications/Education_Training_Development_Disabilities/2011v47_journals/ETADD_47\(2\)_176-186.pdf](http://daddceec.org/Portals/0/CEC/Autism_Disabilities/Research/Publications/Education_Training_Development_Disabilities/2011v47_journals/ETADD_47(2)_176-186.pdf)

Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S. (2011). Perinatal and Neonatal Risk Factors for Autism: A Comprehensive Meta-Analysis. *Pediatrics*, 128(2), 344-355. doi: 10.1542/peds.2010-1036

Giacomo, A., Portoghese, C., Martinelli, D., Fanizza, I., L'Abate, L., Margari, L. (2009). "Imitation and communication skills development in children with pervasive developmental disorders." *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 355-362. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706567/pdf/ndt-5-355.pdf>

Goldman, S., & Greene, P. E. (2013). Stereotypies in autism: a video demonstration of their clinical variability. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6, 121. doi: 10.3389/fnint.2012.00121

Gonzalez, D. A., Glazebrook, C. M., Studenka, B. E., & Lyons, J. (2013). Motor interactions with another person: do individuals with Autism Spectrum Disorder plan ahead? *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, 23. doi: 10.3389/fnint.2013.00023#sthash.NqwjpFmW.dpuf

Granpeesheh, D., Tarbox, J. & Dixon, D. (2009). Applied behavior analytic interventions for children with autism: A description and review of treatment research. *Annals of clinical psychiatry* 21(3):162-173

Happé F. & Booth R. (2008). The power of the positive: Revisiting weak coherence in autism spectrum disorders. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61 (1), 50–63. doi: 10.1080/17470210701508731

Haebig, E., McDuffie, A. & Weismer, S. (2013). Brief Report: Parent Verbal Responsiveness and Language Development in Toddlers on the Autism Spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(9), 2218-2227. doi: 10.1007/s10803-013-1763-5

Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., ... Risch, N. (2011). Genetic Heritability and Shared Environmental Factors Among Twin Pairs With Autism. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1095-1102. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.76.

Harbelot, I. (2011). La place du jeu dans la reeducation psychomotrice d'enfants avec autisme: *Jouer à apprendre ou apprendre à jouer ?*. (Dissertação de licenciatura não

publicada). Institut de formation en psychomotricité, Faculté de Médecine Toulouse Rangueil, Université Paul Sabatier.

Hardy, M. W., & LaGasse, A. B. (2013). Rhythm, movement, and autism: using rhythmic rehabilitation research as a model for autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, 19. doi: 10.3389/fnint.2013.00019#sthash.uP0L02jt.dpuf

Hess, E. B. (2013). DIR®/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *International Journal of Child Health and Human Development*, 6(3), 00-00.

Jeste, S. S. (2011). The Neurology of Autism Spectrum Disorders. *Current Opinion Neurology*, 24(2), 132-139.

Jones, W., Carr, K., & Klin, A. (2008). "Absence of preferential looking to the eyes of approaching adults predicts level of social disability in 2-year-old toddlers with autism spectrum disorder." *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 946-954. doi: 10.1001/archpsyc.65.8.946.

Kapp, S. K. (2013). Empathizing with sensory and movement differences: moving toward sensitive understanding of autism. *Frontiers in Integrative Neurosciences*, 7, 28. doi: 10.3389/fnint.2013.00038

Keane, E., Aldridge, F. J., Costley, D., & Clark, T. (2012). Students with autism in regular classes: a long-term follow-up study of a satellite class transition model. *International Journal of Inclusive Education*, 16(10), 1001-1017. doi: 10.1080/13603116.2010.538865

Klin, A., Lin, D. J., Gorrindo, P., Ramsay, G & Jones, W. (2009). "Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion." *Nature*, 459(7244), 257-261. doi: 10.1038/nature07868.

Koch, S. C., & Fischman, D. (2011). Embodied Enactive Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 57-72.

Langridge, A. T., Glasson, E., Nassar, N., Jacoby, P., Pennel, C., Hagan, R., ... Stanley, F. (2013). Maternal Conditions and Perinatal Characteristics Associated with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *PLoS ONE* 8(1), e50963. doi:10.1371/journal.pone.0050963

Laplana, M., Royo, J., Aluja, A., López, R., Heine-Sunyer, D. & Fibla, J. (2014). Absence of Substantial Copy Number Differences in a Pair of Monozygotic Twins Discordant for Features of Autism Spectrum Disorder. *Case Reports in Genetics*, 2014, Article ID 516529, 9 pages. doi: 10.1155/2014/516529

Llaneza, D. C., DeLuke, S. V., Batista, M., Crawley, J. N., Christodulu, K. V. & Frye, C. A. (2010). Communication, Interventions, and Scientific Advances in Autism: A Commentary. *Physiology and Behavior*, 100(3), 268-276. doi: 10.1016/j.physbeh.2010.01.003

Lofthouse, N., Hendren, R., Hurt, E., Arnold, L., & Butter, E. (2012). A Review of Complementary and Alternative Treatments for Autism Spectrum Disorders. Hindawi Publishing Corporation Autism Research and Treatment, 2012, Article ID 870391, 21 pages. doi: 10.1155/2012/870391

Mangenot, L. (2012). Illustration d'une prise en charge psychomotrice en groupe pour un enfant porteur d'autisme. (Dissertação de licenciatura não publicada). Institut de formation

en psychomotricite, Faculte de Medecine Toulouse Rangueil, Universite Paul Sabatier, França.

Martins, Simões e Brandão (2012-2013). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano*. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa

Matsunami, N, Hensel, C., Baird, L., Stevens, J., Otterud, B., Leppert, T., ... Leppert, M. (2014). Identification of rare DNA sequence variants in high-risk autism families and their prevalence in a large case/control population. *Molecular Autism*, 5(5), 2-18. doi:10.1186/2040-2392-5-5

Mattos, L., & Nuernberg, A. H. (2011). Reflexões sobre a inclusão escolar de uma criança com diagnóstico de autismo na educação infantil. *Revista de Educação Especial*, 24(39), 129-142. Retirado de file:///C:/Users/hp/Downloads/1989-12894-1-PB.pdf

McCleery, J. P., Elliott, N. A., Sampanis, D. S. Stefanidou, D. A. (2013). Motor development and motor resonance difficulties in autism: relevance to early intervention for language and communication skills. *Frontiers in Integrative Neuroscience*. 7, 30. doi: 10.3389/fnint.2013.00030

Mizael, T., & Aiello, A. (2013). Revisão de Estudos Sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) Para o Ensino de Linguagem a Indivíduos com Autismo e Outras Dificuldades de Fala. *Revista Brasileira de Educação Especial, Marília*, 19(4), 623-636. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382013000400011&script=sci_arttext

Moura, D., Arrieche, I. & Sousa, a. (2012). Ensaio artístico-clínico com intervenções pedagógicas em dança/movimento para crianças e adolescentes autistas. Anais do II congresso nacional de pesquisadores em dança – anda comitê dança em mediações educacionais – julho/2012.

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & T., M. M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología* 50(3), S77-S84.

National Institute of Mental Health [NIMH] (2011). A Parent's Guide to Autism Spectrum Disorder. Retirado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-parents-guide-to-autism-spectrum-disorder/parent-guide-to-autism.pdf>

Nunes, D. & Lemos, J. (2009). Os desafios da inclusão no ensino regular: criança com autismo e características de hiperlexia. *Revista Educação em Questão*. 34(20), 63-80.

Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., ... Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(10), 726-733. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.00726.x

Oliveira, I. (2009). Contributos de um programa baseado na Dançoterapia/Movimento Expressivo no desenvolvimento da Comunicação Não – Verbal em crianças e jovens com Perturbação do Espectro do Autismo. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Panerai, S., Tasca, D., Ferri, R., D'Arrigo, V. G. & Elia, M. (2014). Executive Functions and Adaptive Behaviour in Autism Spectrum Disorders with and without Intellectual Disability. *Psychiatry Journal*, Volume 2014, Article ID 941809, 11 pages. doi: 10.1155/2014/941809
- Peacock, G., Amendah, D., Ouyvang, L. & Grosse, S.D. (2012). Autism Spectrum Disorders and Health Care Expenditures: The Effects of Co-Occurring Conditions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(1), 2-8. doi: 10.1097/DBP.0b013e31823969de.
- Pellicano, E. (2012). "The development of executive function in autism," *Autism Research and Treatment*, vol. 2012, Article ID 146132, 8 pages. doi: 10.1155/2012/146132
- Pfeiffer, B. A., Koenig, K., Kinnealey, M., Sheppard, M., & Henderson, L. (2011). Effectiveness of Sensory Integration Interventions in Children With Autism Spectrum Disorders: A Pilot Study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 76-85. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708964/>
- Pina, F., Flavia, M., & Patrizia, O. (2013). Relationship between weak central coherence and mental states understanding in children with autism and in children with ADHD. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1-19. doi: 10.6092/2282-1619/2013.1.888
- Robinson, S., Goddard, L., Dritschel, B., Wisley, M., & Howlin, P. (2009). "Executive functions in children with autism spectrum disorders," *Brain and Cognition*, 71(3), 362–368. doi: 10.1016/j.bandc.2009.06.007
- Robledo, J.; Donnellan, A. M., & Strandt-Conroy, K. (2012). *An exploration of sensory and movement differences from the perspective of individuals with autism. Frontiers in Integrative Neuroscience*. Nov 16;6:107.
- Ronald, A. & Hoekstra, R. (2011). Autism Spectrum Disorders and Autistic Traits: A Decade of New Twin Studies. *American Journal of Medical Genetics Part B* 156:255–274.
- Rosti, R., Sadek, A., Vaux, K. & Gleeson, J. (2013). The genetic landscape of autism spectrum disorders. *Developmental medicine & Child neurology*, 56(1), 4-96. doi: 10.1111/dmcn.12278
- Russell, G. & Pavelka, Z. (2013). Co-Occurrence of Developmental Disorders: Children Who Share Symptoms of Autism, Dyslexia and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In M. Fitzgerald (Ed.), *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders - Volume I* (pp.361-386). doi: 10.5772/54159.
- Sacrey, L. R., Germani, T., Bryson, S. E. & Zwaigenbaum, L. (2014). Reaching and grasping in autism spectrum disorder: a review of recent literature. *Frontiers in Neurology*, 5(6), 1-12. doi: 10.3389/fneur.2014.00006
- Samaritter, R. & Payne, H. (2013). Kinaesthetic intersubjectivity: A dance informed contribution to self-other relatedness and shared experience in non-verbal psychotherapy with an example from autism. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 143–150. Retirado de <http://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/10297/904797.pdf?sequence=1>

- Schaefer, G. & Mendelsohn, N. (2013). Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genetics in Medicine*, 15(5), 399–407. doi:10.1038/gim.2013.32
- Tomchek, S. D., & W. Dunn (2007). "Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the Short Sensory Profile." *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 190-200. doi: 10.5014/ajot.61.2.190
- Travers, B. G., Powell, P. S., Klinger, L. G. & Klinger, M. R. (2013). Motor Difficulties in Autism Spectrum Disorder: Linking Symptom Severity and Postural Stability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1568–1583.
- Watt, N., Wetherby, A., Barber, A., & Morgan, L. (2008). Repetitive and Stereotyped Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorders in the Second Year of Life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(8), 1518–1533. doi: 10.1007/s10803-007-0532-8
- Watson, L., Patten, E., Baranek, G., Poe, M., Boyd, B., Freuler, A. & Lorenzi, J. (2011). Differential Associations between Sensory Response Patterns and Language, Social, and Communication Measures in Children with Autism or Other Developmental Disabilities. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 54(6), 1562–1576. doi: 10.1044/1092-4388(2011/10-0029)
- Zilbovicius, M., Saitovitch, A., Popa, T., Rechtman, E., Diamandis, L., Chabane, N., ... Boddaert, N. (2013). Autism, social cognition and superior temporal sulcus. *Open Journal of Psychiatry*, 2013, 3, 46-55 doi:10.4236/ojpsych.2013.32A008
- Zimmer, M. & Desch, L. (2012). Sensory Integration Therapies for Children With Developmental and Behavioral Disorders. *Pediatrics*, 129(6), 1186-1189. doi: 10.1542/peds.2012-0876
- Virues-Ortega, J., Julio, F. & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 940–953. doi:/10.1016/j.cpr.2013.07.005
- Viscidi, E. W., Triche, E. W., Pescosolido, M. F., McLean, R. L., Joseph, R. M., Spence, S. J., & Morrow, E. M. (2013). Clinical Characteristics of Children with Autism Spectrum Disorder and Co-Occurring Epilepsy. *Public Library Of Science*, 8(7) (não encontrei as páginas). doi:10.1371/journal.pone.0067797

ANEXOS

Os anexos encontram-se na versão digital.